

Kvalitetsrekommendation om

TJÄNSTER FÖR ÄLDRE



ISSN 1236-2050

ISBN 978-952-00-2527-4 (inh.)

ISBN 978-952-00-2528-1 (PDF)

Pärmbilden: Mikkel Østergaard / GORILLA

Layout: AT-Julkaisutoimisto Oy

Tryckning: Universitetsstryckeriet, Helsingfors 2008

SAMMANDRAG

*Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre. Helsingfors 2008 55 s.
(Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2008:4)
ISBN 978-952-00-2527-4 (inh.), ISBN 978-952-00-2528-1 (PDF)*

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund gav ut en kvalitetsrekommendation om vård och tjänster för äldre år 2001, då kvalitetsrekommendationer var nya redskap för informationsstyrning. I denna nya kvalitetsrekommendation beaktas aktuella nationella riktlinjer för äldrepolitiken, resultaten av utvärderingarna av kvalitetsrekommendationerna, de senaste forskningsrönen och förändringar i omvärlden. Särskilt den pågående kommun- och servicestrukturreformen har stora verkningar på servicesystemet för de äldre. Social- och hälsovårdsministeriet har berett kvalitetsrekommendationen i samarbete med Finlands Kommunförbund och Stakes.

När befolkningens åldersstruktur ändras måste hela samhället anpassa sig till den allt äldre befolkningens behov. Kvalitetsrekommendationen kan användas som stöd när kommunerna och samarbetsområdena utgående från de lokala behoven och resurserna utvecklar tjänsterna för äldre i samarbete med tredje sektorn, privata serviceproducenter, klienter, anhöriga och övriga kommuninvånare. Kommunerna uppmanas att förbereda sig på förändringarna i åldersstrukturen genom att utarbeta en äldrepolitisk strategi som kopplas till kommunens budget och ekonomiplan. Strategin bör följas upp kontinuerligt.

Kvalitetsrekommendationen har som mål att främja de äldres välfärd och hälsa och förbättra servicens kvalitet och verkan. Kvalitetsrekommendationen riktar sig till kommunernas och samarbetsområdenas beslutsfattare och ledning och är avsedd att användas som ett utvecklings- och utvärderingsredskap för äldreservicen. Rekommendationen gäller vård- och omsorgstjänster som de äldre använder regelbundet och även verksamheter som främjar de äldres välfärd och hälsa i ett bredare perspektiv.

Enligt Finlands grundlag ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses, såsom rätten till jämlikhet och oundgänglig omsorg. I kvalitetsrekommendationen fastställs värden och etiska principer som styr tillhandahållandet av tjänster för äldre. Rekommendationen innehåller strategiska riktlinjer för hur man kan förbättra kvaliteten på äldreservicen och ge den större verkan inom tre delområden: (1) främjande av välfärd och hälsa och utveckling av servicestrukturen, (2) personaldimensionering, kompetens och ledning, (3) boende- och vårdmiljöer.

Rekommendationen sätter upp nationella kvantitativa mål för de viktigaste tjänsterna för äldre, och utgående från dem kan kommunerna och samarbetsområdena sätta upp egna mål. Rekommendationen betonar främjande av välfärd och hälsa, stöd för förebyggande verksamhet och hemmaboende samt en utförlig bedömning av det individuella servicebehovet. Utbudet av tjänster måste utökas med rådgivning och annan förebyggande service, och i alla former av tjänster bör man främja hälsa, funktionsförmåga och rehabilitering. I rekommendationen presenteras grunderna för personaldimensionering och ges rekommendationer om hur mycket personal som behövs i heldygnsvård. Rekommendationen lyfter fram behovet av att förbättra personalens arbetshälsa och utveckla det gerontologiska kunnandet och betonar vikten av kompetent ledarskap. För att boende- och vårdmiljöerna för äldre ska kunna förbättras måste man satsa på tillgänglighet, trygghet och trivsel. Rekommendationen innehåller uppföljningsindikatorer som ger regelbunden kommunspecifik och riksomfattande information om utfallet inom de viktigaste områdena i rekommendationen.

NYCKELORD

Kvalitet, tjänster, vård, äldre, äldreomsorg, äldreservice

INNEHÅLL

SAMMANDRAG	3
FÖRORD	7
1 INLEDNING	9
2 UTVECKLING AV TJÄNSTERNAS KVALITET OCH VERKAN..	12
2.1 Värderingar och etiska principer som styr utvecklingen av tjänsterna	12
2.2 Kommuninvånarnas delaktighet i utvecklingen av tjänsternas kvalitet	14
2.3 Strategi för att trygga verksamhetens kvalitet och verkan.....	15
Utarbetande av strategin och dess innehåll.....	16
Genomförelse av strategin.....	17
Uppföljning av strategin och utvärdering	18
3 STRATEGISKA RIKTLINJER FÖR FRÄMJANDE AV VÄLFÄRD OCH HÄLSA OCH FÖR UTVECKLING AV SERVICESTRUKTUREN	20
3.1 Fokus på främjande av välfärd och hälsa och förebyggande verksamhet	20
3.2 Målet är en servicestruktur som främjar välfärd och hälsa	25
Tjänster som motsvarar de äldres behov baserar sig på en omfattande bedömning av servicebehovet	26
Rehabiliterande hemvård	27
Omläggning av långtidsvården	28
Särskilda behov hos personer med demenssymptom	28
3.3 Kvantitativa och kvalitativa mål för servicestrukturen	29
4 STRATEGISKA RIKTLINJER FÖR PERSONALEN OCH LEDNINGEN	32
4.1 Personaldimensionering och uppgiftsstruktur	33
4.2 Kompetensutveckling och bättre arbetshälsa en utmaning för ledningen	37
5 HÖGKLASSIGA BOENDE- OCH VÅRDMILJÖER	39
5.1 En trygg miljö utan hinder stödjer ett självständigt liv	40
5.2 Enheter för långtidsvård	41

6	UPPFÖLJNINGSSINDIKATORER	44
	Indikatorer för servicebehovet	44
	Indikatorer för servicestrukturen	45
	Personalindikatorer	46
	Övriga indikatorer	47
	Indikatorer för främjande av befolkningens välfärd och hälsa	47
	Ekonomiska indikatorer	47
	Begrepp som används i kvalitetsrekommendationen.....	49
Bilaga 1	Kalkylerat exempel på kostnadseffekterna av täckningsgraden för vissa tjänster 2006–2012	53

FÖRORD

Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund gav år 2001 ut en gemensam kvalitetsrekommendation om vård och tjänster för äldre. Utvärderingen av rekommendationen visar att de som ansvarar för äldre servicen i kommunerna har upplevt rekommendationen som ett viktigt redskap för planering och utveckling. I denna nya kvalitetsrekommendation har beaktats regeringsprogrammets riktlinjer, de nationella målen för äldrepolitiken, utvärderingarna av tidigare kvalitetsrekommendationer, de senaste forskningsrönen och förändringar i omvärlden.

Målet för den nya kvalitetsrekommendationen är att de äldre ska må bättre och vara friskare, att skillnaderna mellan olika gruppers välfärd och hälsa ska jämnas ut och att servicen ska få bättre kvalitet och större verkan. Kvalitetsrekommendationen hjälper kommunerna och samarbetsområdena att utgående från de lokala behoven och resurserna utveckla äldre servicen i samarbete med de äldre, andra kommuninvånare, servicetagarna och deras anhöriga samt organisationer, företag och församlingar.

Den förändring i servicestrukturen som satts upp som mål i rekommendationen stävjar kostnadsökningen inom vården och omsorgen. Utan ändringar i servicestrukturen och verksamheten är det svårt att stävja de ökande kostnaderna, eftersom befolkningens åldersstruktur förändras snabbt och behovet av service ökar.

Rekommendationen har beretts av social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med Finlands Kommunförbund och Stakes. Under beredningen har det ordnats två diskussionsmöten och dessutom har man bett om utlåtanden och gett möjlighet till kommentarer till utkastet via Internet. Beredarna har också stått i kontakt med flera experter och representanter för kommunerna. Vi vill rikta ett varmt tack till alla som deltagit i de olika skedena av revideringsarbetet.

Helsingfors, februari 2008

Social- och hälsovårdsministeriet Finlands Kommunförbund

Paula Risikko, omsorgsminister *Risto Parjanne*, verkställande direktör

Kari Välimäki, kanslichef *Jussi Merikallio*, direktör

1 INLEDNING

Finlands befolkning åldras snabbt under de kommande decennierna. Utvecklingen kräver att framför allt kommunernas politiska beslutsfattare och ledning måste ge akt på omvärldsförändringarna och tillsammans begrunda hur man ska kunna tillhandahålla god, verkningsfull och ekonomiskt hållbar äldreservice där klienterna respekteras.

Kvalitetsrekommendationen har en viktig roll i utvecklingen av tjänsterna för äldre. Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund gav ut den första kvalitetsrekommendationen om vård och tjänster för äldre våren 2001, då kvalitetsrekommendationer var nya redskap för informationsstyrning. Utvärderingarna visade att rekommendationerna upplevs som ändamålsenliga arbetsredskap i kommunerna: ju fler konkreta mål för kvalitetsutveckling som sätts upp i rekommendationerna, desto mer användbara upplevs de vara. Enligt utvärderingarna bör särskild vikt fästas vid verkställandet av rekommendationerna. Verkställandet kan främjas genom utbildning och stöd för projekt som gäller uppfyllande av de centrala målen i rekommendationen. En systematisk insamling av uppgifter om måloppfyllelsen utgör en viktig del av verkställandet.

Kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre har uppdaterats med beaktande av riktlinjerna i regeringsprogrammet, de nationella målen för äldrepolitiken, resultaten av utvärderingarna av kvalitetsrekommendationerna, nya forskningsrön samt omvärldsförändringar, framför allt den pågående kommun- och servicestrukturreformen som har stora verkningar på servicesystemet för äldre. Målet för rekommendationen är att främja de äldres hälsa och välfärd och förbättra servicens kvalitet och verkan.

I rekommendationen presenteras strategiska riktlinjer för förbättring av äldreservicen. Strategierna är fördelade på tre delområden: (1) främjande av de äldres välfärd och hälsa och utveckling av servicestrukturen, (2) personal och ledning och (3) boende- och vårdmiljöer. Olika val har olika följder för de äldres välfärd och olika kostnadsverkningar. Kostnadsökningen inom vården och omsorgen kan stävjas med hjälp av målinriktade förändringar i servicestrukturen: mer stöd för hemmaboende och mindre institutionsvård. Utan ändringar i servicestrukturen är det svårt att stävja de ökande kostnaderna i en situation där befolkningens åldersstruktur förändras snabbt och behovet av service växer (bilaga 1).

I rekommendationen betonas vikten av noggranna förberedelser inför förändringarna i åldersstrukturen: systematisk utveckling av servicestruk-

turen utgående från de äldre kommuninvånarnas behov, trygghande av den nödvändiga personalstyrkan och personalens kompetens samt långsiktig utveckling av boende och lokaler. Som stöd för förberedelserna rekommenderas en äldrepolitisk strategi som följs upp regelbundet. I rekommendationen läggs tonvikten vid kvalitetsfaktorer som skapar förutsättningar för fungerande processer och därigenom för goda resultat, dvs. en positiv utveckling av de äldres välfärd och hälsa.

I rekommendationen läggs tonvikten vid kvalitetsfaktorer som skapar förutsättningar för fungerande processer och därigenom för goda resultat

Rekommendationen riktar sig till kommunernas och samarbetsområdenas beslutsfattare och ledning och är avsedd att användas som ett utvecklings- och utvärderingsredskap för äldreservicen. Enligt ramlagen för kommun- och servicestrukturreformen ska socialvården och primärvården med vissa undantag skötas av kommuner eller samarbetsområden med minst 20 000 invånare. Dessa sektorer omfattar en stor del av de tjänster som regelbundet används av äldre. Kommunerna och samarbetsområdena ansvarar för tillhandahållandet av äldreservicen och för kvaliteten på tjänsterna, oberoende av om de tillhandhålls i kommunens egen regi eller köps av andra serviceproducenter. Kommunerna och samarbetsområdena ska se till att tjänsterna motsvarar befolkningens behov och att de är högklassiga och kostnadseffektiva. Eftersom verksamhetsmiljöerna varierar behövs lösningar som beaktar de lokala förhållandena.

Med hjälp av rekommendationen kan kommunerna och samarbetsområdena utveckla tjänsterna för äldre på lång sikt utgående från de lokala behoven och resurserna och i samarbete med organisationer, församlingar och privata serviceproducenter. Rekommendationen betonar partnerskap inom den offentliga, privata och tredje sektorn och större möjligheter till delaktighet för kommuninvånarna, klienterna och de anhöriga. Rekommendationen skapar förutsättningar för bättre delaktighets- och påverkningsmöjligheter och för högkvalitativa och verkningsfulla tjänster som baserar sig på den åldrande befolkningens behov och på en omfattande bedömning av servicebehovet för äldre.

Kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre gäller tjänster som regelbundet används av äldre personer, såsom hemvård, stöd för närstående, serviceboende, långvarig omsorg och vård vid institutioner och enheter med effektiviserat serviceboende, och verksamhet som på ett mer allmänt plan främjar de äldres välfärd och hälsa. När man bereder sig på befolkningens stigande ålder är det inte bara fråga om att planera äldreservice, utan man måste också beakta samhällets behov av att på ett betydligt större plan anpassa sig till den åldrande befolkningens behov. Det är fråga om att göra åldrandet till ett naturligt inslag i all slags verksamhet. Förutom inom den kommunala vården och omsorgen fattas av-

görande beslut inom boende-, kultur-, trafik- och bildningstjänster samt inom samhällsplanering, föreningsverksamhet och privata tjänster. Endast en fjärdedel av dem som fyllt 75 år anlitar offentliga vård- och omsorgstjänster regelbundet, och allt fler av köper tjänster på den växande privata marknaden. En fungerande levnadsmiljö där man kan röra sig obehindrat gagnar alla äldre och också övriga kommuninvånare.

Effekterna av kvalitetsrekommendationen bör följas upp och utvärderas regelbundet på lokal och nationell nivå. Rekommendationen innehåller uppföljningsindikatorer som ger regelbunden information om utfallet inom de viktigaste områdena i rekommendationen. Utöver dem behövs också i fortsättningen särskild nationell utvärdering där man på ett brett plan bedömer rekommendationens verkningar och funktionsduglighet som redskap för informationsstyrningen.

2 UTVECKLING AV TJÄNSTERNAS KVALITET OCH VERKAN

2.1 VÄRDERINGAR OCH ETISKA PRINCIPER SOM STYR UTVECKLINGEN AV TJÄNSTERNA

- Enligt Finlands grundlag ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses, såsom rätten till jämlikhet och oundgänglig omsorg.
- En människovärdig ålderdom förutsätter medvetna etiska val som konkretiseras i verksamhetsplanerna och budgetarna i form av kvantitativa och kvalitativa mål för tjänsterna.
- Viktiga etiska principer som tryggar en människovärdig ålderdom är
 - självbestämmanderätt
 - tillvaratagande av resurser
 - rättvisa
 - delaktighet
 - individualitet
 - trygghet.

Enligt 25 § i grundlagen skall det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. De rättigheter som mest påverkar innehållet i kvalitetsrekommendationen är rätten till jämlikhet (6 §) och social trygghet (19 §), såsom oundgänglig omsorg och tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster. För att dessa rättigheter ska tillgodoses krävs att tjänsterna utvecklas och att man definierar värderingar och etiska principer som styr olika aktörer, eftersom utvecklingen av tjänsternas kvalitet och grunden för utvärdering av verksamheten utgår från medvetna etiska val. Innehållet i värderingarna och de etiska principerna konkretiseras i de kortsiktiga och långsiktiga verksamhetsplanerna, i budgetarna och i de kvantitativa och kvalitativa målen för tjänsterna.

En viktig grundläggande värdering är respekt för människan. Var och en ska tryggas rätten till en värdig ålderdom och ett gott bemötande oberoende av var man bor och vårdas och oberoende av hurdan vård och service man behöver. Etiska principer som tryggar ett människovärdigt liv är

- ***självbestämmanderätten***, som förutsätter att de äldre kan göra medvetna val och att de får information och annat stöd för att kunna fatta beslut. Självbestämmanderätten kan främjas genom att man identifierar, stärker och utnyttjar de äldres resurser i enlighet med principen om ***tillvaratagande av resurser***.
- ***rättvisa***, som hänför sig till tillgodoseende av mänskliga behov och välfärd. För att tjänsterna ska kunna riktas rättvist måste servicebehovet bedömas på ett sätt som tryggar jämlikheten bland de äldre, och enhetliga grunder för beviljande av tjänster måste införas. Rättvisa innebär också att man förhindrar diskriminering, åtgärdar orättvisor och godkänner att människor är olika.
- ***delaktighet***, som kan granskas på både individnivå och samhällsnivå. På individnivå är det fråga om att göra delaktighetsprincipen synlig i tjänsterna för äldre, att upprätthålla och stärka den sociala funktionsförmågan och att trygga att de äldre är fullvärdiga medlemmar i en social gemenskap. I ett vidare perspektiv innebär social delaktighet möjlighet att påverka utvecklingen av samhället och livsmiljön.
- ***individualitet***, som innebär att varje människa betraktas som en unik individ. De beslut som fattas om tjänsterna måste bedömas utgående från deras inverkan på människans förmåga att se sig själv som en värdefull individ med ett meningsfullt liv. Individualitet innebär frihet och valmöjligheter, men också ansvar för ens eget liv.
- ***trygghet***, som innebär skapande av fysisk, psykisk och social trygghet. Trygghetsprincipen uppfylls bland annat genom socialt stöd och tillgång till tjänster av god kvalitet, förtroende mellan serviceproducenterna och kommuninvånarna, brandsäkerhet och annan säkerhet i boende- och vårdmiljöerna samt förebyggande av olyckor, våld och illabehandling.

Etiska principer för olika yrkesgrupper ger personalen vägledning i arbeten där de anställdas ställning innebär makt och möjligheter att påverka klienternas liv. Utöver de nämnda principerna betonas i de etiska anvisningarna framför allt ansvarsprincipen.

2.2 KOMMUNINVÅNARNAS DELAKTIGHET I UTVECKLINGEN AV TJÄNSTERNAS KVALITET

- Enligt kommunallagen ska kommuninvånarna ha möjlighet att delta i och påverka planeringen och beredningen av olika ärenden och få information om anhängiga ärenden och planeringen av dem.
- Tryggande av jämlik delaktighet och påverkningsmöjligheter för äldre kommuninvånare är en resurs som skapar förutsättningar för en bra ålderdom oberoende av var de äldre bor och vårdas och oberoende av hurdan hjälp de behöver.

Enligt kommunallagen (365/1995) ska fullmäktige se till att kommunens invånare och de som använder kommunens tjänster har förutsättningar att delta i och påverka kommunens verksamhet och planeringen och beredningen av ärenden. Kommunen ska informera invånarna om ärenden som är anhängiga i kommunen, planer som gäller sådana, behandlingen av dessa ärenden samt om hur de avgjorts och deras effekter. Kommunen kan fritt bestämma hur den i praktiken uppfyller denna skyldighet. Utöver den traditionella representativa demokratin och som komplement till den tillämpas och utvecklas former för direkt delaktighet, såsom deltagande i beredningen, planeringen och beslut som gäller serviceproduktionen eller det egna bostadsområdet och spridning av information om dessa frågor.

Kommuninvånarna måste ges möjlighet att delta och påverka äldrepolitikens strategiska inriktning och utvecklingen av tjänsternas kvalitet. Detta förutsätter att de äldre kommuninvånarnas olika resurser, såsom politiska, sociokulturella och ekonomiska resurser, beaktas bättre både på lokal nivå och på ett mer allmänt plan. Aktivt deltagande och meningsfull sysselsättning är också viktiga faktorer som bidrar till en god ålderdom.

Klienterna och de övriga kommuninvånarna bör garanteras möjligheter att påverka kommunens äldrepolitik och tjänsternas kvalitet.

Klienternas möjlighet att delta i och påverka utvecklingen av kvaliteten på olika tjänster måste tryggas. Den aktivaste rollen för klienterna är rollen som utvecklare, vilket innebär att klienten deltar i utvecklingen av kvaliteten på sin service genom att sätta upp kvalitetsmål, planera utförandet av tjänsten och bedöma tjänsten utgående från sina resurser. Alla klienter, också de vars funktionsförmåga är mycket nedsatt, har en roll som upplevare och kan ge uttryck för sina erfarenheter av tjänsterna kvalitet till exempel i samband med mätningar av kundtillfredsställelsen eller genom sina anhöriga. Kundrespons bör samlas in regelbundet och den bör också tillvaratas.

Kommuninvånarna ska informeras om hur kommunens äldrepolitiska strategi har uppfyllts och om hur kvaliteten på äldreservicen har utvecklats. Kommunen ska också informera invånarna om

- vilka tjänster och verksamhetsmöjligheter kommunen erbjuder sina äldre invånare
- i vilka situationer äldre personer eller deras anhöriga har rätt till en tjänst och kriterierna för beviljande av tjänsten
- hur en äldre person kan få sitt servicebehov bedömt
- klientavgifterna och grunderna för dem samt vilka tjänster som ingår i klientavgifterna
- hur de äldre kommuninvånarnas levnadsvillkor och tjänsternas kvantitet och kvalitet har utvecklats.

Viktiga informationsredskap är olika meddelanden, rådgivning, förebyggande hembesök, servicehandledningar och kommunens webbsidor. Bra kanaler för delaktighet är också olika forum för utbyte av information, till exempel invånarkvällar, samarbete med organisationer, församlingar och privata serviceproducenter samt senior- eller äldreråd.

2.3 STRATEGI FÖR ATT TRYGGA VERKSAMHETENS KVALITET OCH VERKAN

- Målet är att kommunen ska ha en äldrepolitisk strategi som fullmäktige godkänt och som är kopplad till kommunens budget och ekonomiplan.
- Strategin bör utgå från de olika behoven bland kommuninvånarna i tredje och fjärde åldern och deras resurser samt de lokala förhållandena.
- Strategin utarbetas i samarbete med olika förvaltningar, kommuninvånarna, tredje sektorn, näringslivet och övriga aktörer.
- I strategin fastställs en vision och strategiska riktlinjer för välfärden och tjänsterna för äldre personer, med tyngdpunkt på när-service.
- Som grund för besluten om de strategiska riktlinjerna görs en förhandsbedömning som stödjer valet av de bästa alternativen och gör motiveringarna klarare.
- Strategin följs upp och utvärderas regelbundet.

UTARBETANDE AV STRATEGIN OCH DESS INNEHÅLL

Målet är att varje kommun ska ha en aktuell äldrepolitisk strategi som godkänts av fullmäktige. Kommunerna i en region eller ett samarbetsområde kan ha en gemensam strategi. I strategiarbetet medverkar representanter för olika förvaltningar, kommuninvånare, servicetagare och anhöriga samt viktiga intressentgrupper, såsom äldreråd, organisationer, församlingar och näringslivet.

Den äldrepolitiska strategin bygger på en omfattande lägesanalys av tjänsterna och befolkningens välfärd och hälsa och på prognostisering av omvärldsförändringar. En del av de äldre är aktiva seniorer som klarar sig själva, medan andra behöver mycket hjälp och tjänster. En del tillhör minoriteter, till exempel etniska och språkliga. Strategin beaktar de äldres olika behov och resurser.

En omfattande äldrepolitisk strategi beaktar den äldre befolkningens behov i all verksamhet i kommunen, såsom samhällsplanering, trafik- och bostadspolitik, kultur- och fritidsverksamhet, möjligheter till lärande och delaktighet, främjande av välfärd och hälsa samt service. I strategin fastställs en vision, dvs. strategiska avsikter och riktlinjer och olika aktörers ansvar för att de uppfylls. Goda visioner och riktlinjer bygger på en offentlig etisk debatt i kommunen.

I kommunerna behövs omfattande äldrepolitiska strategier som bygger på en bred analys av tjänsterna och befolkningens välfärd och hälsa.

Som utgångspunkt för riktlinjerna görs en förhandsbedömning av verkningarna på de äldres välfärd och hälsa. Förhandsbedömningens mål är att förbättra kvaliteten på beslutsfattandet, dvs. utgöra ett stöd vid valet av bästa möjliga alternativ, ge tydliga motiveringar till beslutet, främja beaktandet av välfärds- och hälsosynpunkter, stödja deltagande och engagemang samt erbjuda möjligheter till en etisk debatt. Bedömningen framskrider genom beskrivning av alternativen och identifiering av verkningarna, varefter alternativen jämförs med varandra och beslut fattas. Nödvändig grundläggande information inhämtas om de sakområden som bereds, experter och äldre konsulteras och/eller gemensamma arbetsmöten hålls. Bedömningen av verkningarna på de äldre kan göras grundligt eller mer översiktligt. En översiktlig förhandsbedömning används som sådan i beslutsfattandet och för fastställande av om det finns behov av en grundligare förhandsbedömning. En grundlig förhandsbedömning förutsätter en noggrann plan och resurser.

De tjänster kommunen ansvarar för kan produceras i egen regi eller i samarbete med andra kommuner. Kommunen kan också köpa tjänster av privata eller offentliga serviceproducenter eller alternativt ge servicetagarna servicesedlar som de kan använda för att köpa tjänster av en privat serviceproducent. Samkommunerna och värdkommunerna använder

motsvarande produktionsmetoder som kommunerna. Den äldrepolitiska strategin innehåller riktlinjer för servicestrukturen och produktionen av tjänster. Riktlinjerna för produktionen utgör också en del av kommunens eller kommunernas gemensamma servicestrategi.

I vardagen behövs framför allt närservice.

Vilka tjänster som erbjuds och var de tillhandahålls är en viktig fråga för de äldre. Utgående från tillgänglighet kan tjänsterna indelas i när-service, regional service och tjänster som kräver ett stort befolkningsunderlag. De äldre behöver alla dessa tjänster, men för att klara vardagen behöver de framför allt närservice. När servicen ges hemma eller tillhandahålls i närheten av hemmet. När service är till exempel förebyggande tjänster, bedömning av servicebehovet, hemvård, stöd för närståendevård och gerontologiskt socialt arbete. Tjänsterna produceras regionalt till exempel när de förutsätter specialiserad kompetens eller när regional produktion ger något annat mervärde. Regionala tjänster kan vara till exempel specialtjänster för dementa, enheter specialiserade på äldrepsykiatri eller enheter som förmedlar gerontologisk kompetens. I gleset bebyggda områden är det befogat att också tillhandahålla rörliga tjänster hos klienterna.

De strategiska riktlinjerna för äldrepolitiken skrivs in i kommunstrategin och andra program för främjande av välfärd och hälsa. Riktlinjerna för personalen inom äldre servicen införlivas i kommunens eller kommunernas övriga personalstrategi.

GENOMFÖRANDE AV STRATEGIN

Genomförandet av den äldrepolitiska strategin är en lång process som förutsätter kontinuerligt samarbete mellan kommunens professionella och politiska ledning och personalen samt fungerande ledarskap och engagemang i förverkligandet av de strategiska målen.

På fullmäktigenivå kopplas den godkända strategin till kommunens kärnprocesser, såsom planering, budgetering, utvecklingsverksamhet och utvärdering. De viktigaste målen i strategin tas med i målen på fullmäktigenivå, och tillräckliga resurser anslås för genomförandet. För den praktiska tillämpningen av strategin kan man göra upp ett särskilt genomförandeprogram där målen konkretiseras som delmål och där man preciserar ansvar och behövliga åtgärder och tidtabeller och kommer överens om utvärderingen.

En lyckad utformning och tillämpning av strategin kräver ett aktivt deltagande av personalen i alla skeden. Strategin omsätts i praktiken i mål och åtgärder för olika verksamhetsenheter och team och för enskilda arbetstagare. Utvecklingssamtal mellan de anställda och cheferna är en viktig länk i kedjan mellan de strategiska målen och det dagliga arbetet.

Den äldrepolitiska strategin styr också valet av utvecklingsprojekt. Utvecklingsprojekten är redskap för förändringsledning och de måste vara nära anknutna till uppfyllandet av strategins mål. Tillräcklig information är viktig både för personalen och för kommuninvånarna. Informationen ska genomföras systematiskt, till exempel genom att man årligen bestämmer prioriteringsområden för informationen, slår fast viktiga händelser och utser informationsansvariga.

UPPFÖLJNING AV STRATEGIN OCH UTVÄRDERING

Utgångspunkten för uppföljningen och utvärderingen är en klar och koncis lägesanalys av tjänsterna för äldre och deras hälsa och välfärd. Utifrån analysen kan man föra en medborgardebatt. Kommunledningen behöver information om utvecklingstrenderna och vilka förändringar som eventuellt behövs i verksamheten. Nämnderna och den operativa ledningen granskar resultaten, verkningarna, effektiviteten och kundtillfredsställelsen inom sitt eget område. Cheferna och de anställda behöver detaljerade rapporter, jämförelsetal och kundrespons för planeringen och utvärderingen av sitt arbete. I rapporteringen fokuseras på de frågor som är mest väsentliga för den kommunala verksamheten.

Strategin bör följas upp och utvärderas regelbundet.

Slutledningarna av utvärderingen styr verksamheten och inverkar på uppställningen av nya mål eller ändring av de gamla. På fullmäktigenivå ska utvärderingen utvisa om strategierna behöver ses över och vad som behöver utvecklas. Utvärderingen utgör en del av kärnprocesserna i ledningen av kommunen och en del av den kontinuerliga utvecklingen av verksamheten.

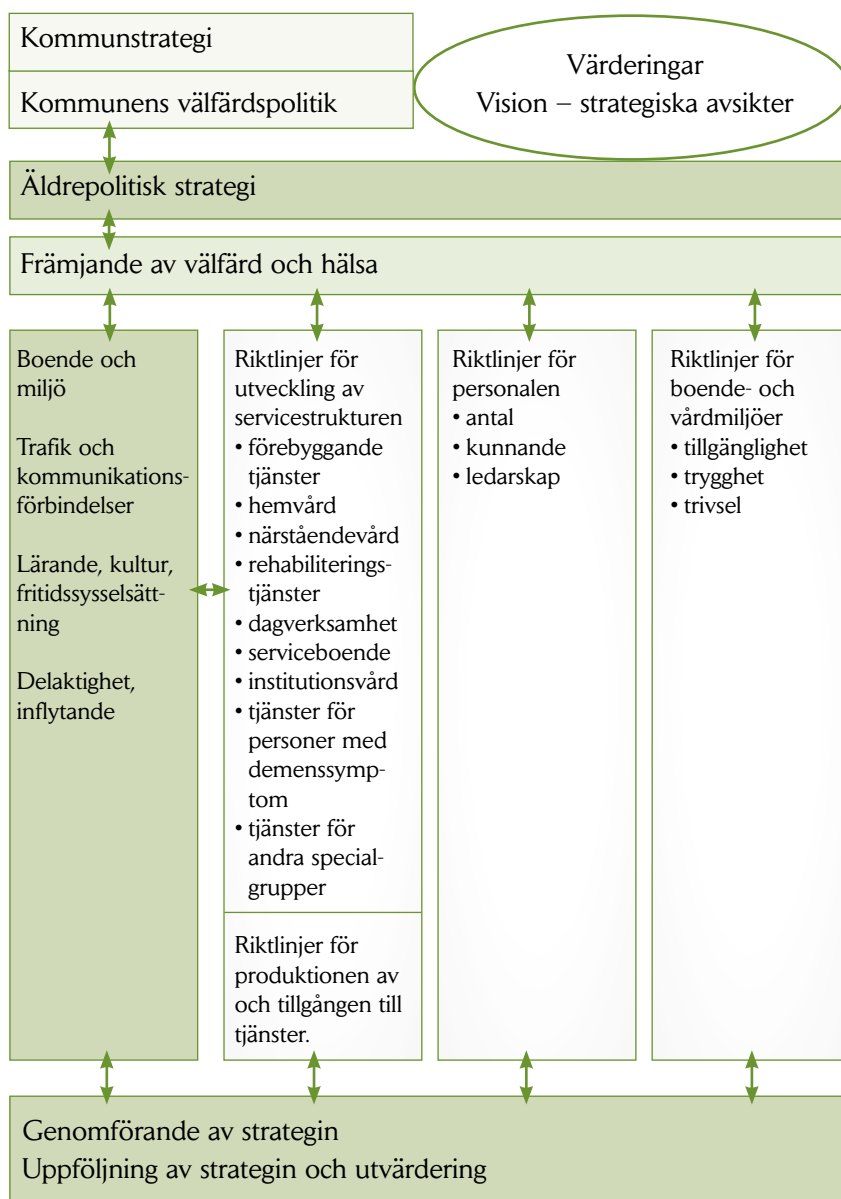
Kommunens revisionsnämnd bedömer om de mål som fullmäktige satt upp för verksamheten och ekonomin har nåtts. Syftet med utvärderingen är att visa om verksamheten varit lyckad ur kommunens och framför allt kommuninvånarnas och servicetagarnas synvinkel. Den äldrepolitiska strategin är ett långsiktigt program för trygghet av välfärden och tjänsterna för äldre. Uppföljningen av olika strategier är viktig också i revisionsnämndens utvärdering. Revisionsnämnden kan med jämna mellanrum göra en närmare utvärdering av den äldrepolitiska strategin och dess utfall.

Förutom fullmäktiges och nämndernas utvärdering är kommunens utvärderingssystem kopplat till utvärderingen i verksamhetsenheterna. Utvärderingen börjar i fullmäktige, fortsätter på olika nivåer i verksamheten och utmynnar i utvecklingssamtalen med enskilda anställda.

I uppföljningen och utvärderingen av den äldrepolitiska strategin används gemensamt överenskomna kvantitativa och kvalitativa utvärde-

ringsmetoder och indikatorer och ändamålsenliga jämförelseuppgifter. Uppföljnings- och utvärderingsuppgifterna publiceras årligen och bör användas vid uppställningen av målen för den nya planeringsomgången.

Figur 1. Äldrepolitisk strategi för kommunen eller kommunerna



3

STRATEGISKA RIKTLINJER FÖR FRÄMJANDE AV VÄLFÄRD OCH HÄLSA OCH FÖR UTVECKLING AV SERVICESTRUKTUREN

3.1 FOKUS PÅ FRÄMJANDE AV VÄLFÄRD OCH HÄLSA OCH FÖREBYGGANDE VERKSAMHET

- I folkhälsolagen och socialvårdslagen anges vilka skyldigheter kommunerna har att främja invånarnas välfärd och hälsa och trygga rådgivningen i dessa frågor, och i kvalitetsrekommendationen ges rekommendationer om detta.
- Främjandet av välfärd och hälsa fokuserar på
 - trygghet av en bra ålderdom
 - främjande av sunda levnadsvanor och förebyggande av sjukdomar
 - minskning av skillnaderna i välfärd och hälsa
 - trygghet och förmåga att klara sig själv
 - fler möjligheter till motion som stärker och upprätthåller muskelstyrkan och balansen
 - tidigt ingripande vid försvagat hälsotillstånd och nedsatt funktionsförmåga
 - effektiv behandling av sjukdomar och rehabilitering
 - kompetensutveckling i gerontologi inklusive geriatri.
- De äldre bör ges möjlighet till rådgivning och vägledning på lätt-tillgängliga rådgivningsställen.
- Kommunerna bör stå till tjänst med förebyggande hembesök hos äldre som inte är klienter inom social-, hälso- och sjukvården men som hör till en riskgrupp.
- Rehabiliteringstjänsterna bör utvecklas till sitt innehåll, särskilt de som tillhandahålls i hemmet.
- Välfärden och hälsan bör främjas på ett målinriktat sätt genom samarbete mellan olika aktörer inom den offentliga, tredje och privata sektorn.

Främjandet av de äldres välfärd och hälsa och utvecklingen av rådgivningstjänster baserar sig på lag. Folkhälsolagen (66/1972) förpliktar kommunerna att sörja för hälsorådgivning och hälsoundersökningar för kommunens invånare och följa hur kommuninvånarnas hälsotillstånd och faktorer som inverkar på hälsotillståndet utvecklas i de olika befolkningsgrupperna. Kommunerna är också skyldiga att sörja för att hälsoaspekterna beaktas i kommunens alla verksamheter. De ska även i hälsofrämjande syfte samarbeta med andra offentliga och privata aktörer i kommunen. Enligt socialvårdslagen (710/1982) ska kommunen se till att bland annat handledning och rådgivning anordnas om förmånerna inom socialvården och det övriga socialskyddet och utnyttjandet av dessa och att information tillhandahålls om socialvården och det övriga socialskyddet. Kommunen förpliktas också att inom sitt område verka för att de sociala förhållandena förbättras och sociala missförhållanden avhjälpas.

Det lönar sig att satsa på främjande av de äldres välfärd och hälsa och på rehabilitering, eftersom

- välfärden och hälsan har större inverkan på vård- och omsorgsbehovet, servicekostnaderna och en hållbar finansiering än det ökade antalet äldre i sig;
- bättre välfärd och hälsa stödjer de äldres förmåga till självständig livsföring och hemmaboende och deras möjligheter att fungera som aktiva medlemmar i sin närmiljö och samhället;
- det finns redan stark evidens för att förebyggande verksamhet, riskhantering, tidigt ingripande och rehabilitering har goda effekter.

Kommuninvånarnas välfärd och hälsa främjas genom att den allt äldre befolkningens behov beaktas i planeringen och utvecklingen inom olika förvaltningar. Viktiga beslut med tanke på välfärden och hälsan och möjligheterna att bo hemma fattas inte bara inom social-, hälso- och sjukvården utan också inom boende-, kultur-, idrotts-, och trafiktjänsterna och i samhällsplaneringen, till exempel planläggningen och markanvändningen.

Utgångspunkten för planeringen inom olika förvaltningar bör vara att så många äldre som möjligt ska kunna leva ett självständigt, fullödigt och

Utgångspunkten för planeringen bör vara att så många äldre som möjligt kan leva ett självständigt, fullödigt och meningsfullt liv i sitt eget hem.

meningsfullt liv i sitt eget hem och i den miljö de är vana vid. Framkomlighet i den byggda miljön och trafiken samt tillgänglig offentlig service minskar behovet av vård- och omsorgstjänster och kostnaderna för dem. En miljö där man kan röra sig obehindrat och där det finns lättanvända kommunikationsmedel är viktiga för rörligheten och delaktigheten. Avgiftsfria eller förmånliga motionsmöjligheter för äldre främjar framför allt muskelstyr-

kan och balansen. Hobbyverksamhet, rekreation och rehabilitering samt möjlighet till stöd av likställda är viktiga både för de äldre och för deras närståendevårdare. Genom gott samarbete med organisationer, församlingar och frivilliga kan kommunerna använda också dessa aktörers resurser för att stödja delaktighet och ett aktivt liv för de äldre.

Förebyggande verksamhet som upprätthåller funktionsförmågan kan minska och senarelägga behovet av vård och tjänster. När en äldre persons funktionsförmåga eller hälsotillstånd försämras eller sociala problem uppstår kan man genom tidigt ingripande undvika att funktionsförmågan blir nedsatt och att problemen anhopas och förvärras. Tidigt ingripande förutsätter att fler förebyggande och rehabiliterande arbetsmetoder och tjänster införs.

De anhöriga och andra närstående och personer i närmiljön har en viktig roll för de äldres välbefinnande. Med hjälp av sitt sociala nätverk ansvarar de äldre i första hand själva för att de mår bra. De använder i huvudsak samma tjänster som de övriga kommuninvånarna. Servicesystemets uppgift är att stödja, vägleda och motivera de äldre att ta ansvar för sin egen välfärd och hälsa. I upprätthållandet av välfärd och hälsa bör man använda de forskningsrön som finns att tillgå.

Främjandet av välfärd och hälsa fokuserar på:

1. Tryggande av en bra ålderdom
 - främjande av delaktighet
 - upprätthållande av sociala nätverk
 - möjligheter till motion, lärande, kulturverksamhet och annan meningsfull sysselsättning
 - rådgivning, vägledning och socialt stöd som tryggar välfärden
 - främjande av positiva attityder till äldre i samhället
2. Främjande av sunda levnadsvanor och förebyggande av sjukdomar
 - en hälsosam kost som lämpar sig för äldre
 - regelbunden motion och upprätthållande av muskelstyrkan
 - uppföljning av hälsotillståndet
3. Minskning av skillnaderna i välfärd och hälsa
 - identifiering och tillgodoseende av specialbehoven hos riskgrupper (svag socioekonomisk ställning eller risk för marginalisering)
4. Trygghet och förmåga att klara sig själv
 - förebyggande av olyckor i hemmet och på fritiden
 - användning av hjälpmedel och etiskt hållbar teknologi som utvecklats för äldres behov

5. Tidigt ingripande vid försämrad hälsa och funktionsförmåga, missbruk av alkohol och droger, våld och illabehandling och andra sociala problem
6. Effektiv behandling av sjukdomar och rehabilitering som baserar sig på en rehabiliteringsplan
 - säker läkemedelsbehandling¹ enligt anvisningarna i handboken "Säker läkemedelsbehandling" och kommuninfot "Trygg läkemedelsbehandling för äldre"
 - tidig upptäckt av somatiska sjukdomar, inklusive problem med munhälsan, minnesstörningar och psykiska problem, framför allt depression, samt behandling och rehabilitering
7. Stärkande av kompetensen i gerontologi inklusive geriatri

RÅDGIVNINGSCENTRALER²

De äldre och deras anhöriga behöver rådgivning och vägledning i frågor som gäller åldrande, hälsa och sociala problem samt var och hur man vid behov kan få stöd och tjänster. Sådan vägledning kan ges i form av lågröskel tjänster vid rådgivningscentraler. Målet är att alla äldre och deras anhöriga ska ha möjlighet att få information, råd och vägledning om motionsmöjligheter och annan fritidssysselsättning, olika organisationers verksamhet, till buds stående tjänster och boendeformer, olika hjälpmedel och förebyggande av olyckor. I rådgivningarnas serviceutbud kan ingå bedömning och uppföljning av funktionsförmågan och hälsotillståndet samt servicehandledning. Möjligheten till individuell rådgivning är ett viktigt komplement till användning av Internet på egen hand. Rådgivningstjänsterna kan delvis tillhandahållas i samarbete med andra kommuner, organisationer, församlingar och frivilliga aktörer.

¹ Följande riksomfattande anvisningar har getts om säker läkemedelsbehandling:

- Trygg läkemedelsbehandling för äldre: Kommunernas förpliktelser. Kommuninfo 6/2007. Social- och hälsovårdsministeriet.
- Säker läkemedelsbehandling. Nationell handbok för genomförande av läkemedelsbehandling inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:15.

² I regeringens politikprogram för hälsofrämjande ingår skapande av ett landsomfattande nät av rådgivningscentraler för äldre. Social- och hälsovårdsministeriet har tillsatt en arbetsgrupp för främjande av äldres välfärd och hälsa, som bland annat ska utveckla god praxis för rådgivningscentralernas verksamhet. Arbetsgruppens mandat går ut i slutet av år 2008.

FÖREBYGGANDE HEMBESÖK

Förebyggande hembesök stödjer de äldres hemmaboende och ger möjlighet att ingripa i ett tidigt skede när en äldre persons funktionsförmåga och hälsotillstånd försämrats. Syftet med besöken är att bedöma och stödja de äldres förmåga att klara sig själva, informera om olika tjänster, utreda risker för de äldres välfärd och hälsa och tryggheten i hemmet och närmiljön. Genom förebyggande hembesök kan man också förutse behovet av individuella tjänster.

De förebyggande hembesöken riktas i första hand till äldre som inte regelbundet anlitar vård- och omsorgstjänster. Särskild uppmärksamhet ägnas riskgrupper, till exempel personer med svag socio-ekonomisk ställning eller som löper risk att marginaliseras, personer som har flera sjukdomar eller ständigt åker in på sjukhus, personer som är benägna att falla eller råka ut för andra olyckor samt nyblivna änkor och änklingsor och ensamma personer. Det är en stor utmaning att nå riskgrupperna och det förutsätter mångprofessionellt samarbete mellan många olika aktörer. Efter att ha nått dem som hör till en riskgrupp måste man sörja för tillräcklig uppföljning så att en eventuell försämring av funktionsförmågan och hälsotillståndet upptäcks i tid och nödvändig behandling och service kan sättas in utan dröjsmål.

REHABILITERING

Rehabilitering och rehabiliterande behandling ger bästa resultat om den inleds snabbt efter akutvård. Satsningar på rehabilitering är ett effektivt sätt att förebygga institutionsvård. I alla tjänster för äldre bör man införa arbetsmetoder som främjar klienternas funktionsförmåga och rehabilitering och dessutom utnyttja möjligheterna till egentlig rehabilitering för olika målgrupper. För att rehabiliteringen ska kunna riktas till rätt målgrupper måste behoven och grunderna för rehabilitering fastställas noggrant så att de som har nytta av rehabilitering får tillgång till ändamålsenliga tjänster.

Det behövs mer rehabilitering som syftar till att klienterna ska kunna skrivas ut från vårdinrättningar och mer rehabilitering som ordnas i hemmet. Efter korta rehabiliteringsperioder på institution flyttas rehabiliteringen så fort som möjligt till klientens hem och informationsförmedlingen mellan institutionen och hemvården säkerställs.

Resursanvändningen kan effektiveras genom att rehabilitering som kräver specialkompetens tillhandahålls i större verksamhetsenheter, till exempel regionala. Kommunen får då bättre förutsättningar att tillhandahålla rehabiliteringstjänster. Rehabiliteringskedjan fungerar bättre om den

specialiserade sjukvården, primärvården och socialväsendet har ett nära samarbete med varandra. Kunskaperna hos dem som arbetat med veteranrehabilitering kan användas för utveckling av rehabiliteringstjänsterna.

3.2 MÅLET ÄR EN SERVICESTRUKTUR SOM FRÄMJAR VÄLFÄRD OCH HÄLSA

- Servicestrukturen bör utvecklas som en helhet genom användning av uppgifter om de äldre kommuninvånarnas levnadsvillkor, sjukfrekvens och funktionsförmåga.
- Genom en omfattande bedömning av individens servicebehov tryggas tjänsternas kvalitet och effekter. Uppgifterna om bedömningen kan användas i planeringen av kommunens eller regionens servicesystem.
- Servicesystemet bör utvecklas så att huvudvikten ligger på tjänster som möjliggör och stödjer hemmaboende dygnet runt.
- För klienterna inom hemvården tryggas kvalitativa och verkningsfulla tjänster genom att en eller ett par ansvariga personer (samordnare) utses för klienterna och genom att konsultationsmöjligheterna förbättras så att personalen har tillgång till tillräcklig sakkunskap inom gerontologiskt vård- och socialarbete och geriatri.
- Dementa klienters behov bör särskilt beaktas i utvecklingen av servicestrukturen.
- Långtidsvårdens strukturer bör ses över med målet att inrätta sådana hemlika enheter som önskats. Vårdavdelningarna vid hälsocentralerna skulle då kunna koncentrera sig på akutvård och rehabilitering.
- I all service bör ingå möjlighet för de äldre att få vård och tjänster som främjar deras funktionsförmåga och hjälper dem att bli återställda.
- Konkreta kvantitativa mål bör sättas upp för tjänsternas täckning, och målen bör följas upp med hjälp av ändamålsenliga indikatorer.

TJÄNSTER SOM MOTSVARAR DE ÄLDRES BEHOV BASERAR SIG PÅ EN OMFATTANDE BEDÖMNING AV SERVICEBEHOVET

Uppgifter om invånarnas funktionsförmåga och sjukfrekvens i kommunen eller regionen samt utvecklingen av befolkningsstrukturen och boende- och levnadsförhållandena hjälper kommunerna att utveckla tjänster i enlighet med de äldre kommuninvånarnas behov. Särskilt demenssjukdomar, svag fysisk funktionsförmåga, bristfällig närservice, ensamboende, brist på sociala nätverk samt boende- och närmiljöer där det är svårt att ta sig fram ökar behovet av tjänster för äldre. Det är viktigt att det görs en omfattande bedömning av servicebehovet på individnivå. På det sättet kan man trygga kvalitativa och verkningsfulla tjänster för klienterna.

I brådskande fall ska behovet av social service bedömas utan dröjsmål. I icke-brådskande fall har de som fyllt 80 år och de som får det högsta vårdbidraget av FPA rätt att få sitt behov av social service bedömt senast den sjunde vardagen efter att den kommunala myndighet som ansvarar för den sociala servicen kontaktats (socialvårdslagen 710/1982, 40 a §)³. Resultatet av bedömningen kan användas också vid planeringen av hela kommunens eller regionens servicesystem.

Kvalitativa och verkningsfulla tjänster förutsätter att en omfattande bedömning av servicebehovet görs på individnivå och att bedömningsresultaten används på kommunnivå.

God praxis ⁴ för bedömningen av servicebehovet på individnivå är att

- en omfattande bedömning görs av olika dimensioner i funktionsförmågan – den fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmågan och miljöfaktorer;
- bedömningen utförs som mångprofessionellt samarbete och i samarbete med klienten och hans eller hennes anhöriga;
- de arbetsredskap (mått på funktionsförmågan) som används i bedömningen väljs ut omsorgsfullt på basis av påvisad tillförlitlighet ⁵;
- man sätter sig in i hur funktionsförmågan bedöms, hur olika metoder används, hur insamlad information analyseras och hur resultaten ska tolkas.

³ Åldersgränsen för rätten kommer enligt planerna att sänkas till 75 år fr.o.m. 1.1.2009.

⁴ För utveckling av utvärderingsförfarandena har social- och hälsovårdsministeriet gett ut ett kommuninfo (5/2006): Utredning av äldres funktionsförmåga som del av bedömningen av servicebehovet inom socialvården.

⁵ Folkhälsoinstitutet samordnar expertnätverket TOIMIA, som arbetar med mätning och bedömning av funktionsförmågan. Den sektion inom nätverket som är inriktad på de äldres funktionsförmåga arbetar för en överenskommelse om mätning och bedömning av de äldres funktionsförmåga och har som mål att kartlägga inhemska aktörer, skapa en databas med projekt, mått/bedömningsmetoder och deras användbarhet samt utarbeta rekommendationer.

Kommunens och regionens serviceutbud måste alltid ses som en helhet, eftersom dess olika delar påverkar varandra. I de strategiska riktlinjerna för utveckling av servicestrukturen sätts mätbara kvantitativa och kvalitativa mål upp för den kommunala äldre servicen och resurserna för serviceverksamheten. I riktlinjerna fastställs också vilka åtgärder som ska vidtas för att målen ska uppnås. Dessutom avtalas om systematisk utvärdering av måluppfyllelsen. Vid utveckling av servicestrukturen prioriteras tjänster som främjar välfärd, hälsa och funktionsförmåga, tjänster som hjälper de äldre att klara sig själva och bo hemma samt rehabiliteringstjänster.

REHABILITERANDE HEMVÅRD

Bra hemvård är förutseende. Den bygger på en omfattande bedömning av funktionsförmågan och reagerar snabbt på förändringar i klienternas hälsotillstånd och funktionsförmåga. En bra hemvård stödjer rehabilitering och svarar målinriktat på de äldre klienternas fysiska, kognitiva, psykiska och sociala rehabiliteringsbehov. När hemvården är inriktad på rehabilitering uppmuntras klienterna att använda sina egna resurser i vardagsbestyren. Rehabilitering som stödjer hemmaboende fokuserar på öppna tjänster, till exempel olika former av rehabilitering i hemmet.

Målet är att hemvårdsklienterna ska få service dygnet runt av kvälls- och nattpatruller. Klienterna och de anhöriga känner sig tryggare om en ansvarig person utses eller de har ett ställe som de vid behov kan kontakta dygnet runt. Detta bidrar till att vården fortsättningsvis kan ges i hemmet.

Hem- och närståendevården kan stödjas också genom rehabiliterande dagverksamhet och kortvarig heldygnsvård som upprätthåller klienternas funktionsförmåga och ger de anhöriga möjlighet att ha ledigt. Det finns också anledning att i större skala införa tjänster som stödjer patienter som kommit hem från sjukhus, t.ex. team av personer från olika sektorer som hjälper utskrivna patienter att klara sig hemma.

Utöver hjälp med de personliga vardagsbestyren och sjukvård behöver de äldre stöd för att klara av vardagen, till exempel att sköta hemmet och uträtta ärenden. Behoven tillgodoses genom tillräckliga och mångsidiga hem- och stödtjänster och genom servicehandledning, med hjälp av vilken serviceutbudet inom den kommunala, privata och tredje sektorn kan kombineras utgående från klienten. Om en äldre person som önskar service inte uppfyller kommunens kriterier för rätten till service eller om kommunen inte tillhandahåller sådana tjänster som personen behöver, lämnas den äldre inte ensam med sina problem, utan andra servicealternativ utreds tillsammans med den äldre och de anhöriga. Hemservice

och hemsjukvård kan tillhandahållas till exempel med servicesedlar som kompletterar kommunens serviceproduktion.

Klienter som använder offentliga tjänster ges möjlighet till vägledning och rådgivning om hur de på egen bekostnad kan komplettera sitt serviceurval med de tilläggstjänster de önskar.

Tjänsternas kvalitet och verkan tryggas genom att en eller ett par ansvariga personer utses till samordnare inom hemvården och ges möjlighet till konsultation så att de har tillgång till tillräcklig sakkunskap inom gerontologiskt vård- och socialarbete och geriatri.

OMLÄGGNING AV LÅNGTIDSVÅRDEN

Långtidsvården för äldre kommuninvånare bör ses över genom omläggning av strukturer och verksamhetsformer. Långtidsvård på hälsocentralernas vårdavdelning utan medicinsk grund bör ersättas med andra alternativ. Då kan hälsocentralernas vårdavdelningar koncentrera sig på snabb och flexibel akutvård och rehabilitering.

Långtidsvården bör utgående från de äldres egna önskemål tillhandahållas hemma eller i hemlika miljöer, till exempel i form av effektiverat serviceboende. Målet är också att en ny form av omsorgstjänster ⁶ ska införas i stället för traditionell vård på ålderdomshem och långvarig vård på hälsocentralernas vårdavdelningar. Den nya formen av service erbjuder klienterna långvarig rehabiliterande vård efter behov, vårdpersonal dygnet runt och flexibel tillgång till läkartjänster.

SÄRSKILDA BEHOV HOS PERSONER MED DEMENSSYMTOM

Demenssjukdomar är en av de viktigaste faktorerna som ökar servicebehovet hos äldre. Vården och tillhandahållandet av tjänster för personer med demenssymptom är en viktig helhet som måste beaktas vid planeringen och dimensioneringen av äldre servicen. Genom tillräckliga och ändamålsenligt riktade vård- och omsorgstjänster kan också personer med demenssymptom bo hemma längre och institutionsvården senareläggas. Det är särskilt viktigt att trygga flexibla tjänster som kontinuerligt anpassas till förändringarna i funktionsförmågan hos en klient med demenssymptom. En klient med diagnostiserad demenssjukdom och klientens familj

⁶ Social- och hälsovårdsministeriet har börjat utveckla en ny form av omsorgstjänster i samarbete med Stakes, kommunerna och andra experter.

bör ges möjlighet till information och stöd, bedömning av servicebehovet, servicehandledning och tjänster i alla skeden av sjukdomsprocessen. Detta kan uppfyllas med hjälp av partnerskap i serviceproduktionen.

Servicesystemet bör utvecklas så att huvudvikten ligger på tjänster som möjliggör och stödjer hemmaboende. Tjänster som kräver specialkompetens överenskomms i kommunens äldrepolitiska strategi och också regionalt. Ett bra exempel på samarbete mellan kommuner är service vid enheter som koncentrerar sig på svåra beteendestörningar hos dementa. I kommunernas äldrepolitiska strategier lönar det sig att införa en särskild del som behandlar servicehelheter för personer med demenssymptom och som också tar upp servicebehovet för personer med flera olika slags problem, såsom missbrukare med demens.

3.3 KVANTITATIVA OCH KVALITATIVA MÅL FÖR SERVICESTRUKTUREN

Utvecklingen och dimensioneringen av servicestrukturen baserar sig på en vision för utvecklingen av äldre servicen i kommunen eller samarbetsområdet och riktlinjerna i den äldrepolitiska strategin. De äldres behov kan tillgodoses med hjälp av olika servicehelheter i olika kommuner och samarbetsområden.

Behovet av mer förebyggande verksamhet som upprätthåller funktionsförmågan är gemensam för alla kommuner. Den förebyggande verksamheten och servicen bör utökas, göras mångsidigare och ses över så att den stödjer de äldres välfärd och hälsa. Hemvården bör byggas ut enligt det behov som undersökningarna utvisar. En bättre täckning motiveras också av att den förbättrar förutsättningarna att erbjuda tjänster i tid och att förutse behoven. Om tjänsterna inom den regelbundna hemvården och stödet för närståendevård utökas får framför allt personer med de-

Tillräcklig hemvård och effektiviserat serviceboende samt nya servicekoncept minskar behovet av långvarig institutionsvård.

menssymptom och mentala problem större möjligheter att bo hemma. Bättre boendeförhållanden och utvidgad hemvård för äldre minskar behovet av vanligt serviceboende. Det serviceboende som behövs blir då i allt högre grad effektiviserat serviceboende. Tillräcklig hemvård och effektiviserat serviceboende samt utveckling av nya typer av omsorgstjänster gör det möjligt att minska andelen långvarig institutionsvård.

Måloppfyllelsen för den regelbundna hemvården, stödet för närståendevård, det effektiviserade serviceboendet och institutionsvården kan bedömas genom uppföljning av nationell statistik och nationella register. Det finns ännu inga nationella uppföljningsindikatorer för förebyggande

service och dagverksamhet, men kommunerna bör regelbundet utvärdera måluppfyllelsen också för dessa tjänster.

Nationella mål för år 2012 har satts upp för personer som fyllt 75 år ⁷:

- 91–92 procent bor hemma självständigt eller med hjälp av ändamålsenliga vård- och omsorgstjänster som beviljats med stöd av en omfattande bedömning av servicebehovet
- 13–14 procent får regelbunden hemvård
- 5–6 procent får stöd för närståendevård
- 5–6 procent bor i effektiviserat serviceboende
- 3 procent bor på ålderdomshem eller vårdas på hälsocentralernas långvårdsavdelningar

Kommunerna och samarbetsområdena sätter i sina egna äldrepolitiska strategier upp kommunspecifika mål för tjänsterna utgående från de äldre kommuninvånarnas behov och de lokala resurserna. Mål måste också sättas upp för förebyggande tjänster som främjar de äldres välfärd och hälsa och för dagverksamhet och periodvård som stödjer hemmaboende.

För att en verkningsfull service av god kvalitet ska kunna tryggas krävs fungerande servicekedjor. För att de äldre ska få stöd i att bo hemma och klara av vardagen behövs en gemensam syn på servicen där socialvården, primärvården och den specialiserade sjukvården samt övriga tjänsteproducenter samarbetar kontinuerligt. När vård-, service- och rehabiliteringsplaner görs upp inom vården och omsorgen samordnas målen för tjänsterna, vilket innebär att överlappande arbete kan undvikas. I kundorienterad vård och service tas också klientens familj och andra för klienten viktiga personer med i planeringen, utförandet och utvärderingen av tjänsterna. Målet är att klienten får en skriftlig vård- och serviceplan eller motsvarande plan för vård- och omsorgstjänster. Genom planen tryggas samarbete mellan olika aktörer och en fungerande servicehelhet av hög kvalitet. När en plan görs upp för en enskild klient bör man se till att de avgifter som tas ut för tjänsten inte medför någon oskälig belastning för klienten (11 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården 745/1992).

Fungerande servicekedjor inom vården och omsorgen krävs för att en verkningsfull service av god kvalitet ska kunna tryggas.

Kundorientering är en viktig delfaktor i god vård och service. Vid planeringen och genomförandet av vård- och serviceprocesserna innebär

⁷ Se begreppsdefinitionerna i kapitlet Begrepp som används i kvalitetsrekommendationen, s. 49

kundorientering att man gör en grundlig bedömning av klientens behov, resurser och verksamhetsmiljö. Bedömningen ger en grund för målinriktad verksamhet som främjar de äldres funktionsförmåga och rehabilitering, vilken är en genomgående kvalitetsfaktor i alla tjänster för äldre, alltifrån förebyggande tjänster till långvarig institutionsvård. I alla tjänster bedöms, upprätthålls och främjas klienternas funktionsförmåga och rehabilitering med hjälp av mått eller bedömningssystem, intervjuer med klienten och de anhöriga samt observationer. Uppgifterna antecknas i klient- och patientdatasystemen och bör alltid hållas uppdaterade.

Service av hög kvalitet

- utgår från klienten och gör det möjligt för klienten och de anhöriga att delta i planering, beslut och utvärdering av tjänsten
- bygger på en omfattande bedömning av servicebehovet, levnadsmiljön och klientens resurser, dvs. bedömning av klientens fysiska, kognitiva, psykiska, sociala, språkliga och kulturella behov och resurser samt miljöfaktorer
- är målinriktad och utvärderas regelbundet; tjänsterna utförs enligt en skriftlig vård-, rehabiliterings- eller serviceplan
- baserar sig på arbetsmetoder som stödjer upprätthållande av funktionsförmågan och rehabilitering
- genomförs i samarbete med klienten, olika serviceproducenter samt de anhöriga och andra närstående
- tillhandahålls i rätt tid och på ett tryggt sätt
- utnyttjar forskningsrön och uppgifter om god praxis
- är verkningsfull, dvs. uppfyller de individuella och samhälleliga målen.

4

STRATEGISKA RIKTLINJER FÖR PERSONALEN OCH LEDNINGEN

- Utgångspunkten för personaldimensioneringen är klienternas funktionsförmåga och hjälpbehov.
- Personalstyrkan och uppgiftsstrukturen samt tryggheten av arbetshälsan och arbetarskyddet för de anställda inom äldre servicen ska ingå i den äldrepolitiska strategin och kommunens eller samarbetsområdets personalstrategi.
- I planeringen av personalstyrkan och uppgiftsstrukturen ska de behörighetsvillkor iaktas som fastställts i lagstiftningen om behörighet och rätt till yrkesutövning för yrkesutbildad personal, och rekommendationerna om uppgiftsstrukturen för den yrkesutbildade personalen inom socialvården ska beaktas.
- Personalens kompetens ska säkerställas genom målinriktad fortbildning enligt de uppskattade kompetensbehoven och med iakttagande av lagstiftningen om fortbildning inom social-, hälso- och sjukvården.
- Målet är att alla som är anställda inom äldre servicen ska ha yrkesutbildning inom socialvården och/eller hälsovården och gerontologisk sakkunskap som förvärvats genom grund- och vidareutbildning och/eller fortbildning.
- En yrkeskunnig och tillräcklig ledning ska tryggas i tjänsterna för äldre.
- Personalens arbetshälsa och arbetarskydd ska tryggas.

Personalstyrkan, kompetensen och arbetshälsan utgör grunden för säkerställandet av servicens kvalitet och verkan. De strategiska riktlinjerna för personalstyrka, kompetens, arbetshälsa och arbetarskydd för de anställda inom äldre servicen tas in i den äldrepolitiska strategin och kopplas till kommunens eller samarbetsområdets personalstrategi. Riktlinjerna utgår från att kommunen har en tillräckligt stor yrkeskunnig personal och en kompetent ledning för att genomföra visionen och strategin som styr utvecklingen av tjänsterna för äldre.

Personalstrategin utarbetas i samarbete med personalen, ledningen och de politiska beslutsfattarna. Om beredningsprocessen lyckas knyts de olika aktörerna redan i beredningsskedet till genomförandet av strategin som förutser framtida utmaningar.

I riktlinjerna för de äldre i kommunens personalstrategi beaktas följande delområden:

- Lokal och regional prognostisering av personalresurserna
- Planering av personalstyrkan och uppgiftsstrukturen och genomförande av planen
- Kompetensutveckling utgående från fastställda framtida kompetensbehov
- Främjande av arbetshälsan och arbetarskyddet
- Sporrande och motiverande belöning
- Kulturell mångfald bland klienter och personal
- Utveckling av utvärderings- och ledningssystemen för att trygga personalkompetensen och arbetshälsan och för att uppnå verksamhetsmålen.

4.1 PERSONALDIMENSIONERING OCH UPPGIFTSSTRUKTUR

Personalen bör dimensioneras utgående från klienternas fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmåga och vårdberoende. Det är av största vikt att klienternas rättigheter beaktas, liksom de kvalitets- och effektivitetskrav som ställs på verksamheten, dvs. det man vill få till stånd. Ytterligare en utmaning i personaldimensioneringen är att trygga en smidig vård- och servicehelhet, kontinuitet i servicen och att minimera personalomsättningen.

I dimensioneringen ska beaktas klienternas rättigheter och de kvalitets- och effektivitetskrav som ställs på verksamheten.

Vid personalplaneringen bör man säkerställa att dimensioneringen är dynamisk, till exempel att frånvarande personal kan ersättas med vikarier. Dynamisk dimensionering är också att anställda tillfälligt kan flyttas till olika verksamhetsställen, om förändringar i klienternas vårdberoende förutsätter det, till exempel vid vård i livets slutskede.

Personaldimensioneringen är lyckad om klienternas vård- och servicebehov har beaktats och ett tillräckligt antal yrkesutbildade anställda på ett mänskligt och kostnadseffektivt sätt ger klienterna ändamålsenliga tjänster med avseende på kvantitet, kvalitet och effekter.

När personaldimensioneringen planeras och bedöms beaktas följande faktorer:

1. Klienternas funktionsförmåga och hjälpbehov
 - klienternas hjälpbehov, som utreds genom en heltäckande bedömning av servicebehovet
 - antalet patienter som kräver specialkompetens, till exempel dementa med beteendestörningar och äldrepsykiatriska klienter
 - klienternas rätt till tillräckliga social-, hälso- och sjukvårdstjänster enligt behov och i rätt tid.
2. Servicestrukturen, produktionen av och tillgången till service
 - målen för servicestrukturen och för omfattningen av olika tjänster i kommunen eller inom samarbetsområdet
 - formerna för serviceproduktion (produktion i egen regi, köp av tjänster, servicesedlar) och tillgången (närservice, regionala tjänster)
 - effekterna av enhetens serviceutbud, till exempel korttidsvård i rehabiliteringssyfte eller dagverksamhet
 - miljöfaktorer, till exempel verksamhetsenhetens storlek, strukturell funktionsduglighet och säkerhet (heldygnsvård) och avståndet inom kommunen (hemvård)
3. Faktorer som gäller personalen och organiseringen av arbetet
 - personalens möjlighet att ge klienterna tjänster som är ändamålsenliga med avseende på kvalitet och effekter
 - utbildningsstrukturen och kompetensen hos anställda som deltar i kundarbete samt fullt utnyttjande av kompetensen
 - verksamhetens organisering och genomförande, till exempel beaktande av klienternas hjälpbehov i planeringen av arbetsskift och möjlighet till sam användning av personal
 - hur personalen räcker till i särskilda situationer, till exempel vid vård i livets slutskede
 - nyckeltal som beskriver personalens arbetshälsa, till exempel kort och lång sjukfrånvaro och personalomsättning.

I planeringen av personalens uppgiftsstruktur ska iakttas de behörighetsvillkor som fastställts i lagarna och förordningarna om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal (lagen och förordningen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården 272/2005 och 608/2005; lagen och förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994 och 564/1994 samt rekommendationerna om uppgiftsstrukturen för yrkesutbildad personal inom socialvården ⁸).

⁸ Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävärakennesuositus. Publikationer 2007:14. Social- och hälsovårdsministeriet.

Målet är att alla som arbetar med social-, hälso- och sjukvårdstjänster för äldre ska ha yrkesutbildning inom socialvården och/eller hälso- och sjukvården och gerontologisk sakkunskap som förvärvats genom grundutbildning, vidareutbildning och/eller fortbildning. Personalens kompetens ska säkerställas genom att målinriktad fortbildning genomförs enligt uppskattade kompetensbehov och genom att rekommendationerna om fortbildning inom social-, hälso- och sjukvården iakttas, liksom också bestämmelserna om fortbildning för personalen inom social- och hälsovården (socialvårdslagen 710/1982, ändring 50/2005, folkhälsolagen 66/1972, ändring 992/2003 och lagen om specialiserad sjukvård 1062/1989, ändring 993/2003; förordningen om fortbildning för personalen inom hälsovården 1194/2003).

I dimensioneringen av personal för olika tjänster räknas anställda som deltar i den direkta vården, bland annat utbildade hemvårdare och hemhjälpare, primär- och närvårdare, socialhandledare och socialpedagoger, sjukskötare och hälsovårdare, geronomer och de närmaste cheferna, till exempel avdelningsskötare. Om det vid enheten ändå finns annan personal som deltar i den direkta vården av klienterna, till exempel vård- och anstaltsbiträden som inte har grundläggande yrkesutbildning inom socialvården och/eller hälso- och sjukvården, tas de med i personaldimensioneringen endast till den del deras arbete omfattar klienternas grundläggande behov, till exempel hjälp vid tvättning, måltider och toalettbesök. Om vård- och anstaltsbiträdenas arbete till exempel bara omfattar städuppgifter, tas de inte med i personaldimensioneringen. Vid enheterna för serviceboende och institutionsvård arbetar också terapipersonal, fysioterapeuter och ergoterapeuter som kan arbeta på olika verksamhetsställen eller avdelningar. I så fall tas de med i personaldimensioneringen till den del som motsvarar deras arbetsinsats. Om exempelvis en heltidsanställd arbetar 20 procent av sin arbetstid på avdelningen, är den anställdes arbetsinsats 0,2.

Förutom dessa yrkesgrupper kan också anställda inom andra områden stödja de äldres funktionsförmåga och livskvalitet, bland annat yrkesutbildade personer inom skapande arbete (t.ex. personer som avlagt grundläggande examen i musik eller visuell framställning), vilkas kompetens och arbetsinsats bidrar till en meningsfull sysselsättning, självförverkligande och möjlighet till estetiska upplevelser för äldre och ger den övriga personalen möjlighet att lära sig sociokulturellt arbete. Det sociokulturella arbetet med äldre omfattar alla skapande metoder, bland annat musik, drama, visuell framställning, litteratur och skrivande. För att garantera resurser för detta slags arbete är det viktigt att samarbeta med kulturväsendet och olika organisationer.

En arbetsgrupp vid social- och hälsovårdsministeriet har utvecklat en kalkylmässig modell för dimensionering av hemvårdspersonalen⁹, och den testas som bäst i kommunerna. I modellen uppskattas behovet av personal med hjälp av följande faktorer:

- Antalet 65–74-åringar och personer som fyllt 75 år i kommunen
- den procentuella andelen personer under och över 75 år bland hemvårdsklienterna
 - a) Hemvårdsklienternas procentuella andel av 65–74-åringarna
 - b) målet för hemvårdens procentuella täckning bland personer som fyllt 75 år
- Hemvårdens intensitet (det genomsnittliga antalet timmar per månad som använts till klientarbete och annat arbete)
- Antalet personer som arbetar inom hemvården.

Social- och hälsovårdsministeriet kommer före utgången av år 2008 att ge nationella rekommendationer om personaldimensioneringen inom socialvården, inklusive hemvården.

För heldygnsvården är målet att trygga god vård vars kvalitet och verkningar utvärderas. Enligt den nationella rekommendationen¹⁰ ska det finnas minst 0,5–0,6 vårdanställda per klient och dygn inom heldygnsvården. Det större antalet (0,6) är att rekommendera om klienterna har svåra somatiska symptom eller beteendestörningar eller om vårdmiljöns storlek och/eller strukturella ramar medför att det behövs mer personal. En bra personaldimensionering i heldygnsvård är 0,7–0,8. När klienter som behöver medicinsk behandling vårdas på hälsocentralernas vårdavdelningar ska antalet vårdanställda vara minst 0,6–0,7 och gärna 0,8 per klient. Det gäller ändå att komma ihåg att utgångspunkten för dimensioneringen alltid är klienterna och deras behov oberoende av den enhet där de vårdas.

Den rekommenderade personaldimensioneringen avser verklig dimensionering där frånvarande arbetstagare ersätts med vikarier. Ett bestående vikariesystem är därför en motiverad alternativ lösning som kan genomföras också i samarbete mellan flera kommuner. Med tanke på såväl klienternas säkerhet som arbetstagarnas arbetshälsa är det viktigt att den planerade dimensioneringen förverkligas. Utöver dimensioneringen är det viktigt att personalen fördelas på olika arbetsskift så att klienterna

⁹ I samband med revideringen av kvalitetsrekommendationen har en kalkyleringsmodell för uppskattning av antalet anställda inom hemvården utarbetats. Kalkyleringsmodellen testas i ett projekt som pågår vid social- och hälsovårdsministeriet.

¹⁰ År 2005 var genomsnittet för hela landet 0,46–0,55 inom effektiviserat serviceboende, 0,52 på ålderdomshemmen och 0,66 på hälsocentralernas vårdavdelningar.

kan leva ett normalt liv och få den vård de behöver under alla tider på dygnet.

Också tillgången till läkare måste tryggas. Även om alla vårdbehövande har möjlighet att uppsöka hälsocentralen, ska hemvården se till att klienterna har möjlighet att också genomgå en årlig läkarundersökning. I heldygnsvård är det god praxis att en läkare besöker enheten med jämna mellanrum. Då kan klienternas hälsotillstånd och vårdbehov uppskattas och en ändamålsenlig behandling genomföras, inklusive regelbunden bedömning av medicinbehovet.

För att klienternas akuta vårdbehov ska kunna tillgodoses i heldygnsvård måste det finnas klara och dokumenterade förfaranden som alla anställda känner till.

4.2 KOMPETENSUTVECKLING OCH BÄTTRE ARBETSHÄLSA EN UTMANING FÖR LEDNINGEN

Den äldrepolitiska strategin och personalstrategins riktlinjer för äldre-reservicen utgör grunden för ledningen av tjänsterna för äldre. Målet för allt ledarskap är att arbetsenheterna, organisationerna och kommunerna kan

Ledningen påverkar inte bara personalens mängd och kompetens utan också deras arbetshälsa och arbetarskydd. Alla dessa faktorer har en koppling till tjänsternas kvalitet och verkan.

uppnå de kvantitativa och kvalitativa mål som satts upp för verksamheten. Ledningen påverkar inte bara personalens mängd och kompetens utan också deras arbetshälsa och arbetarskydd. Alla dessa faktorer har en koppling till tjänsternas kvalitet och verkan. Ledningsuppgifter kräver färdigheter i strategisk ledning och kunskapsledning samt ekonomiförvaltning. Det är också viktigt att bilda ändamålsenliga nätverk.

Arbetsledningen, dvs. de närmaste cheferna, ansvarar för att arbetet organiseras på ett ändamålsenligt sätt, att arbetsmetoderna och personalens kompetens utvecklas och att personalens arbetshälsa och arbetarskyddet på arbetsplatsen förbättras. Av arbetsledningen krävs utöver ledarskapskompetens också god yrkeskompetens inom social- och hälsovården, samarbetsförmåga och sakkunskap om äldre-vård och tjänster för äldre.

Utgångspunkten för personaldimensioneringen, utbildningsstrukturen och personalens kompetensutveckling är en övergripande gerontologisk syn på den åldrande människan. De äldre behöver olika slags vård- och omsorgstjänster utgående från sina individuella servicebehov. En del av de äldre behöver också specialtjänster, såsom gerontologiskt socialt ar-

bete. Direktörerna och cheferna ansvarar för rekryteringen av personal vars helhetskompetens motsvarar de mål som satts upp för servicen eller vården. Eftersom personalens kompetens har samband med tjänsternas kvalitet och verkan, bör ett kort- och långsiktigt utbildningsprogram göras upp för hela personalen vid en arbetsenhet. Cheferna ansvarar för fortbildningen inklusive utvärdering och uppföljning av dess verkningar, men också de anställda har ansvar för sin egen kompetensutveckling.

Arbetsenheterna behöver också ett åtgärdsprogram för bevarande av personalens arbetsförmåga. Arbetets och arbetsenhetens egenskaper har stor inverkan på inläringen i arbetet och på de anställdas uthållighet och engagemang i arbetsenhetens mål. Direktörerna och cheferna ska se till att de anställda mår bra på arbetsplatsen. Till exempel bör arbetsbelastningen hållas på en rimlig nivå. Arbetsgivaren är också skyldig att ge arbetstagarna tillräckliga uppgifter om frågor som gäller säkerhet, hälsa och andra förhållanden på arbetsplatsen (arbetarskyddslagen 738/2002). Utöver cheferna kan också enskilda anställda utveckla sin samarbetsförmåga för att få arbetsplatsen att fungera bättre.

När det gäller att utveckla kompetensen, arbetshälsan och arbetarskyddet är målet för ledningen att

- trygga en tillräckligt stor kompetent personal
- säkra en systematisk utveckling av personalens kompetens
- utnyttja de anställdas kunskaper på ett mångsidigt sätt
- göra arbetet lättare att hantera, till exempel genom att dela upp arbetsenhetens klienter och anställda i ändamålsenliga mindre enheter, varvid målen för arbetet kan definieras klart
- ändra arbetsformerna, till exempel styra verksamhetskulturen så att den tillåter öppen diskussion och göra arbetet mindre rutinbundet och mer flexibelt
- ge akt på fysiska och psykiska belastningsfaktorer som hotar de anställdas arbetshälsa, till exempel problematiska klientrelationer, rutinbundenhet, brist på självständighet, stress och problem med arbetsmiljön.
- aktivt söka lösningar på hur man kan eliminera faktorer som hotar arbetshälsan och förbättra arbetstagarnas fysiska och psykiska hälsa och trivsel på arbetsplatsen
- bemöta de anställda rättvist
- fatta konsekventa, välgrundade och transparenta beslut, vilket innebär att alla anställda behandlas enligt samma principer och att samma regler gäller både i dag och i morgon.

5 HÖGKLASSIGA BOENDE- OCH VÅRDMILJÖER

- Målet är trivsamma och trygga boende- och vårdmiljöer som är anpassade för personer med rörelsehinder.

De kommunala sektorerna (vård och omsorg, boende, tekniska sektorn och räddningsväsendet) samarbetar för att främja möjligheterna till hemmaboende och förbereda sig för framtida behov av lokaler genom att:

- bedöma om de äldre klienter som får hemvård eller förebyggande hembesök behöver få sin bostad anpassad eller ombyggd med beaktande av tillgänglighet samt brand- och andra säkerhetsaspekter,
- bedöma tillgängligheten och säkerheten i servicebostäder och institutioner avsedda för äldre,
- utgående från bedömningen placera behoven av ändringar i boende- och vårdmiljöerna i prioritetsordning och utarbeta ett program för bättre bostäder och lokaler,
- satsa mer på användning av kundvänlig teknik.

Målet för enheter som erbjuder långtidsvård är att:

- de boendes rum, korridorerna, de gemensamma utrymmena och gårdsområdena är tillgängliga och säkra,
- varje klient har ett eget rum med ett anslutet hygienutrymme, om klienten inte uttryckligen önskar bo tillsammans med sin make eller maka eller med en annan boende som också vill bo tillsammans med någon annan,
- i nya enheter för långtidsvård byggs endast tillräckligt stora enkelrum med personliga hygienutrymmen. Vid ombyggnad av gamla lokaler är målet att utöka andelen enkelrum,
- miljön beaktar de särskilda behoven hos personer med demenssymtom: trygg, klar, lätt att orientera sig i,
- lokalerna är tillräckligt stora både med tanke på en flexibel användning och med tanke på vårdpersonalens arbetarskydd och arbetsförmåga,
- de boende får större möjligheter att vistas ute.

5.1 EN TRYGG MILJÖ UTAN HINDER STÖDJER ETT SJÄLVSTÄNDIGT LIV

De flesta äldre har vanliga bostäder som de har skaffat för sin ålderdom. Genom att utveckla trygga boendemiljöer och tillgängliga kan man förbättra de äldres funktionsförmåga och främja deras välbefinnande och hälsa. Satsningar på tillgänglighet och säkerhet förbättrar de äldres förutsättningar att bo kvar hemma genom att de erbjuds möjlighet att klara sig på egen hand med de resurser de har. De kan fortsätta att leva enligt sin egen stil och på sitt eget sätt och vara delaktiga i en social gemenskap, också då de får tjänster i det egna hemmet.

Tillgänglighet innebär att miljön är anpassad för exempelvis rörelsehindrade och syn- och hörselskadade. En anpassad miljö har inga trappor eller nivåskillnader och lämpar sig även för rullstolsbundna. Planeringen av anpassade miljöer omfattar också belysning, färg- och materialval och akustik. Förutom vid fysisk framkomlighet bör vikt fästas vid information som är lätt att ta till sig och tillgängliga sociala funktioner och tjänster. Produkter, information, tjänster och den byggda miljön bör vara ändamålsenliga, lätta att använda och lätta att nå. En välplanerad miljö upprätthåller och främjar den fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmågan och minskar behovet av hjälpmedel eller assistent och olycksrisker. Självtändigheten och jämlikheten ökar.

Ändringar och hjälpmedel i hemmet kan ge bättre tillgänglighet och säkerhet. Geronteknologin sporrar äldre till ett självständigt och aktivt liv. Med teknik, till exempel trygghetslarm och andra säkerhets- och påminnelse-system kan man följa hur de äldre mår utan närvaro av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården.

När smart teknik blir allt vanligare i hemmen och användargränssnitten allt mer utvecklade kan de äldre behärska sin omgivning med enklare medel. Kontakterna till anhöriga och vänner främjar delaktighet och sker i allt högre grad med e-post och bildsamtal. Redan idag kan en ökande andel av tjänsterna för de äldre förmedlas via Internet till hemmen. Teknikutnyttjande stöd för hemmaboende finns också utanför hemmets väggar. Det är lättare att röra sig utomhus med olika orienterings-, positionsbestämnings- och larmsystem och dessa system gör att det också är tryggt. Det är viktigt att alltid respektera klienternas privatliv och se till att klienter, anhöriga och anställda får tillräcklig teknisk handledning för att undvika osäkerhetskänslor.

Särskild vikt bör fästas vid säkerheten i boende- och vårdmiljöerna. Brandsäkerheten och den övriga säkerheten i hemmen, serviceboenden och på institutioner bör följa lagstiftning och anvisningar. Att förebygga

Självständighet och delaktighet kan stödjas med ändringar i hemmet, hjälpmedel och geronteknologi.

olyckshändelser och olycksfall är en del av det säkerhetsfrämjande arbetet. Det finns bestämmelser i lagstiftningen om kommunala aktörers skyldigheter att förebygga olyckshändelser och olycksfall (1 § i folkhälso-lagen, räddningslagen 468/2003). Den praxis för säkerhetsplanering som införts i kommunerna ger goda möjligheter att effektivisera samarbetet för bättre säkerhet och främja säkerheten på ett bredare plan. I framtiden kommer allt flera hem också att utgöra arbetsmiljö för närståendevårdare eller vårdanställda, och då måste klientens integritet, självbestämmanderätt och arbetarskyddsfrågorna samordnas.

För att främja hemmaboende och förbereda sig inför framtida behov av lokaler bör de kommunala sektorerna (vård och omsorg, boende, tekniska sektorn och räddningsväsendet) tillsammans utreda reparations- och ändringsbehoven i de klienters bostäder som omfattas av hemservice, stöd för närståendevård och förebyggande hembesök och vid enheterna för långtidsvård med avseende på tillgänglighet, säkerhet, smidig service och framtida lokalbehov. Utgående från utredningen placeras behoven av ändringar i boende- och vårdmiljöerna i prioritetsordning och utarbetas ett program för bättre bostäder och lokaler, i vilket säkerställs att det finns tillräckligt med reparationsrådgivning och reparationservice och att säkerhetstekniken och säkerhetsutrustningen är kundvänlig.

5.2 ENHETER FÖR LÅNGTIDSVÅRD

Målet är att de enheter som erbjuder långtidsvård (effektiverat serviceboende, ålderdomshem) ska ha tillgängliga, trygga och trivsamma rum, korridorer och gemensamma utrymmen. Vid sidan av den fysiska tillgängligheten ska enheterna för långtidsvård satsa på en tillgänglig miljö också socialt och institutionellt sett så att de äldre oberoende av begränsningar i funktionsförmågan är fullvärdiga individer i sin miljö och har rätt till självbestämmande, integritet och delaktighet. Att främja tryggheten är en viktig del av verksamheten vid enheterna för serviceboende och vid institutionerna. Ansvar för säkerheten ligger hos serviceproducenterna.

Vid alla de enheter som ger långtidsvård, inklusive grupphemmen för dementa, är målet att alla klienter ska ha ett eget rum med ett anslutet hygienutrymme, om klienten inte uttryckligen önskar bo tillsammans med sin make eller maka eller med en annan boende som också vill bo tillsammans med någon annan. För en människa som behöver långtidsvård är det egna rummet hennes hem, vilket bör innebära hemtrevnad, trivsel och möjlighet till egna möbler. Enkelrum stödjer en långvarig omsorg av hög kvalitet i och med att klienternas integritet och de närståen-

des delaktighet i vården tryggas. Med hänsyn till de boendes livskvalitet och integritet är det viktigt att de inte vårdas på överbeläggningsplatser eller i korridorer. Enkelrummen möjliggör också en mänsklig vård i livets slutskede. För en del äldre känns det ändå mer tryggt och tilltalande att bo i ett gemensamt rum med någon annan, och möjlighet till detta måste också beredas.

Boende som behöver långtidsvård ska ha möjlighet också till samvaro och gemensam sysselsättning: i en hemlik miljö lever man tillsammans i vardagen och utför vardagssysslorna tillsammans, och då är det viktigt att de gemensamma utrymmena är trivsamma och trygga. Balkonger och terrasser ska dimensioneras så att klienter som använder hjälpmedel kan röra sig tryggt på dem och gå ut på egen hand och så att sängen också kan flyttas till balkongen eller terrassen. Med tanke på de boendes sinnesstämning är möjligheten till motion viktig, och den understöds genom enheternas gårds- och trädgårdsplanering. En gård och en trädgård ger möjlighet till naturupplevelser som har en vitaliserande effekt på människans välbefinnande.

I nya enheter för långtidsvård bör i huvudsak byggas bara tillräckligt rymliga enkelrum med ett eget hygienutrymme. Vid ombyggnad av gamla lokaler är målet att andelen enkelrum ökas. Senast år 2015, också i samband med ombyggnader, bör endast enkelrum byggas. Vid enheterna för långtidsvård och i institutionerna bör boende- och vårdmiljöerna göras mer hemtrevliga och trivsamma så att lokalerna blir fungerande, möter klienternas behov och präglas av normalt liv.

Det primära målet är tillräckligt rymliga enkelrum.

Vid byggande och sanering av boendeenheter för människor med demenssymptom beaktas deras specialbehov. Om andelen boende i ett grupphem eller vid en enhet för dementa överstiger 12–15, är det ändamålsenligt att indela rummen i mindre rätt fristående helheter. En liten gruppstorlek gör att de boende känner sig trygga och kan hantera sin omgivning och att de anställda får möjlighet att sätta sig in i de boendes individuella situation och indela arbetet i lämpliga helheter. Detta förbättrar arbetshälsan och arbetarskyddet. Lokalerna ska vara tillräckligt stora både med tanke på en flexibel användning och med tanke på vårdpersonalens arbetarskydd och arbetsförmåga. När lokalerna inreds är det viktigt med olika tips och faktorer som underlättar orienteringsförmågan, till exempel klara ytmaterial och belysning som minimerar återspeglningar.

Den nya tekniken kan utnyttjas på många sätt vid enheterna för långtidsvård. Positionsbestämnings- och larmsystem ökar tryggheten och rörelsefriheten också vid enheter som erbjuder heldygnssorg. Många tekniska lösningar står redan till buds och utvecklas som bäst för övervakning av vitala funktioner och som stöd för rehabiliteringsfrämjande

arbete. Institutionernas egna tv-kanaler och olika slags interaktiva multimedieprogram ger impulser och stimulans.

En välplanerad och välbyggd långvårdsmiljö ökar de äldres välbefinnande och hälsa, och är ett stort stöd i det rehabiliteringsfrämjande arbetet. En trygg och trivsamt miljö där man kan röra sig obehindrat gör det

En trygg och trivsamt miljö där man kan röra sig obehindrat stödjer en självständig livsföring och delaktighet.

möjligt att klara av saker på egen hand eftersom den fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmågan förbättras och begränsningarna i funktionsförmågan kompenseras. En sådan miljö erbjuder också klienterna möjlighet och stöd till delaktighet och en meningsfull sysselsättning.

6 UPPFÖLJNINGSSINDIKATORER

En systematisk insamling av uppgifter för utvärdering av måluppfyllelsen är viktig när rekommendationen verkställs. Det finns många användbara indikatorer för uppföljning av måluppfyllelsen. Med hjälp av indikatorerna kan utvecklingen uppskattas över tid i kommunerna och i hela landet, och uppgifterna kan jämföras med läget i andra kommuner och i hela landet.

På Stakes webbtjänst SOTKANet (www.sotkanet.fi) finns indikatorer för uppföljning och jämförelse av befolkningens välfärd och hälsa, servicebehovet, servicestrukturen och ekonomin.

INDIKATORER FÖR SERVICEBEHOVET

Med beaktande av det område rekommendationen omfattar är det ändamålsenligt för kommunerna att årligen följa upp bland annat följande faktorer som påverkar servicebehovet:

- befolkningens åldersstruktur och åldersprognos, folkmängden och den procentuella andelen (SOTKANet; Statistikcentralen)
- antalet och den procentuella andelen personer som fyllt 65 respektive 75 år och som bor i bristfälligt eller synnerligen bristfälligt utrustade bostäder (Statistikcentralen)
- antalet och den procentuella andelen ensamboende som fyllt 65 respektive 75 år (SOTKANet)
- antalet och den procentuella andelen personer som fyllt 65 år och som får full folkpension (SOTKANet).

Antalet äldre, särskilt antalet personer som fyllt 75 respektive 85 år är en bakgrundsvariabel som beskriver servicebehovet och utgör ett underlag som de andra indikatorerna kan relateras till. En bristfälligt utrustad bostad gör det svårare för äldre med begränsad funktionsförmåga att klara sig på egen hand. En bostad är bristfälligt utrustad om det saknas tvättutrymmen och/eller centralvärme (eller elvärme). I synnerligen bristfälligt utrustade bostäder saknas vattenledning, avlopp, varmvatten eller wc. Antalet och andelen ensamboende är en indikator som har betydelse vid planeringen av tjänster. För ensamboende med försämrad funktionsförmåga, särskilt de som lider av minnesstörningar, blir det svårare att bo hemma och behovet av stöd, tjänster och heldygnsomsorg ökar. Full folkpension får bara

de som inte har arbetspension eller en mycket liten arbetspension. Därför är antalet och den procentuella andelen personer som får full folkpension en indikator för låga inkomster och ett tecken på fattigdom. Fattigdom är en bakgrundsfaktor som på många sätt påverkar sjukfrekvensen, servicebehovet och förmågan att skaffa avgiftsbelagda tjänster.

INDIKATORER FÖR SERVICESTRUKTUREN

Rekommendationen innehåller indikatorer för uppföljning av hur de kvantitativa servicemålen enligt rekommendationen uppnås. Med hjälp av dem kan utvecklingen i kommunerna och i hela landet uppskattas över tid och de egna uppgifterna jämföras med läget i andra kommuner och i hela landet. Uppgifter fås för hela landet, för regioner eller kommuner från Stakes webbtjänst SOTKANet (www.sotkanet.fi).

Indikatorer	Mål (andel av dem som fyllt 75 år)
Andel hemmaboende (exkl. de som omfattas av dygnetruntservice)	91–92 procent bor hemma
Andel som får regelbunden hemvård	13–14 procent får regelbunden hemvård
Andel som får stöd för närståendevård	5–6 procent får stöd för närståendevård
Andel som bor i effektiverat serviceboende	5–6 procent bor i effektiverat serviceboende
Andel i långvarig institutionsvård (ålderdomshem, hälsocentralssjukhus)	3 procent vårdas på ålderdomshem eller får långvarig vård på hälsocentralernas vårdavdelningar

I slutet av 2006 var andelen hemmaboende bland dem som fyllt 75 år 90,1 procent i hela landet. Denna andel omfattar också andra än personer som fått långvarig sjukhusvård, bott på ålderdomshem eller omfattats av boendetjänster inom heldygnsomsorg. Av personer som fyllt 75 år omfattades 11,5 procent av regelbunden hemvård (år 2005), 3,7 procent av stöd för närståendevård, 3,9 procent av effektiverat serviceboende och 6,5 procent av långvarig institutionsvård.

	Hemmaboende och äldreservicens täckningsgrad, % av dem som fyllt 75 år.		
	2000	2005	2006
Hemmaboende som fyllt 75 år	89,8	89,6	90,1
Klienter som fyllt 75 år inom regel- bunden hemvård 30.11		11,5	
Klienter som fyllt 75 år som omfattas av stöd för närståendevård under året	3,0	3,7	3,7
Klienter som fyllt 75 år i effektiverat serviceboende för äldre 31.12.	1,7	3,4	3,9
Klienter som fyllt 75 år på ålder- domshem eller i institutionsvård på hälsocentralernas långvårdsavdel- ningar 31.12	8,3	6,8	6,5

De regionala skillnaderna är dock rätt stora (se tabell 1, s. 48).

PERSONALINDIKATORER

I statistikpublikationer tas regelbundet fram följande uppgifter om personalstyrkan och utbildningsstrukturen:

- Antalet kommunalt anställda och utbildningsstrukturen efter sektor, yrkesgrupp och landskap
- Antalet anställda i privata vård- och omsorgstjänster efter sektor och landskap
- Antalet anställda per tusen personer som fyllt 75 år inom hemservice och hemsjukvård, i serviceboende för äldre, på ålderdomshem och hälsocentraler.
- Antalet anställda efter yrkesgrupp inom hemservice och hemsjukvård, i serviceboende för äldre, på ålderdomshem och hälsocentraler i kommuner och samkommuner.

I statistiken om yrkesstruktur räknas som egentlig vårdpersonal avdelnings- och sjukskötare, hälsovårdare, socialhandledare och socialpedagoger, primär- och närvårdare, mentalvårdare, socialvårdare samt hemvårdare och hemhjälpare.

Uppgifter om personaldimensioneringen i enskilda kommuner eller vid enskilda enheter fås inte direkt från den landsomfattande statistiken.

För att beskriva läget i hela landet kan särskilda utredningar göras, och då tas uppgifterna om personalen i kommunerna och samkommunerna från Statistikcentralens statistik om löner inom kommunsektorn. Genom att kombinera dessa uppgifter med uppgifterna om boende- och vård-dagar från vårdanmälningsregistren för social-, hälso- och sjukvården får man fram kalkylerade uppgifter om dimensioneringen. Genomsnittliga uppskattningar av dimensioneringarna inom de privata tjänsterna finns i Stakes statistik över privat socialservice. Till övriga delar baserar sig uppgifterna om anställda inom privata sektorn på Statistikcentralens sysselsättningsstatistik. År 2005 var genomsnittet för hela landet 0,46-0,55 vårdanställda per klient inom effektiviserat serviceboende, 0,52 på ålderdomshemmen och 0,66 på hälsocentralernas vårdavdelningar.

ÖVRIGA INDIKATORER

Indikatorer för främjande av befolkningens välfärd och hälsa

I Stakes webbtjänst SOTKANet finns det också två grupper av indikatorer för främjande av befolkningens välfärd och hälsa. I dessa grupper ingår 20 indikatorer som särskilt gäller den äldre befolkningen, bland annat:

- ensamboende som fyllt 75 år, % av befolkningen i samma ålder som bor i bostäder
- personer som fyllt 65 år och som får full folkpension, % av befolkningen i samma ålder
- personer som fyllt 65 och som är berättigade till specialersättning för läkemedel/1 000 personer i samma ålder
- personer som fyllt 65 och som är berättigade till specialersättning för läkemedel mot psykos/1 000 personer i samma ålder
- personer som fyllt 65 år och som vårdats på sjukhus för skador och förgiftningar, % av befolkningen i samma ålder
- mortaliteten bland personer som fyllt 65 år/100 000 i samma ålder

Ekonomiska indikatorer

Indikatorer som möjliggör uppföljning och jämförelse av ekonomin är bland annat:

- de totala driftskostnaderna för institutionsvården för äldre, 1 000 euro
- de totala driftskostnaderna för hemservicen, 1 000 euro
- de totala driftskostnaderna för de övriga tjänsterna för äldre och handikappade, 1 000 euro

Tabell 1. Äldreservicens struktur och täckningsgrad landskapsvis år 2006.

	Klienter som fyllt 75 år, % av invånarna som fyllt 75					
	Stöd för närstående- vård*	Regel- bunden hemvård**	Service- boende***	Varav effektiverat service- boende	Ålder- doms- hem***	Hälso- central, långtids- vård***
Hela landet	3,7	11,5	5,7	3,9	4,1	2,4
Nyland	3,2	9,9	5,4	4,9	4,3	2,2
Östra Nyland	3,4	10,1	4,4	2,7	5,6	1,5
Egentliga Finland	3,1	10,4	4,4	3,2	4,6	1,9
Satakunta	3,3	9,9	5,4	4,1	5,9	1,7
Egentliga Tavastland	3,1	11,3	5,4	2,7	5,9	1,7
Birkaland	2,3	10,8	4,4	1,6	6,0	1,8
Päijänne- Tavastland	3,3	9,8	4,7	3,6	1,9	4,5
Kymmenedalen	4,0	10,0	5,4	4,3	3,4	2,7
Södra Karelen	3,0	11,0	4,4	3,1	3,6	3,1
Södra Savolax	3,5	15,3	6,9	4,4	3,7	3,1
Norra Savolax	3,7	11,9	5,2	3,6	2,9	2,8
Norra Karelen	2,9	14,0	6,4	2,6	3,2	3,8
Mellersta Finland	4,0	13,7	6,0	3,3	4,3	2,2
Södra Österbotten	5,7	10,6	7,1	4,0	3,7	2,7
Österbotten	3,3	9,8	7,2	5,1	4,0	2,9
Mellersta Österbotten	5,4	11,9	10,3	7,7	2,6	0,9
Norra Österbotten	6,2	17,4	6,4	4,5	4,0	1,6
Kajanaland	6,8	11,8	8,2	6,8	0,5	2,0
Lappland	5,2	13,3	6,8	5,2	2,3	3,0
Åland	5,3	10,8	9,2	3,0	4,6	2,5

*Klienter under året

**Klienter 30.11.2005

***Klienter 31.12.2006

BEGREPP SOM ANVÄNDS I KVALITETSREKOMMENDATIONEN

Kundorientering innebär att servicen ses över och specificeras utgående från klienterna. I en kundorienterad organisation planeras verksamheten så att klientens behov och resurser står i centrum och så att klienten efter förmåga deltar i bedömningen av behovet, planeringen och tillhandahållandet av tjänster och utvärderingen av tjänsternas effekter.

Förhandsbedömning innebär i detta sammanhang bedömning av verkningarna på de äldre (IVA), en process där man på förhand bedömer hur föreliggande beslut påverkar äldres välfärd och hälsa. Bedömningen av verkningarna på de äldre kan göras grundligt eller mer översiktligt. En översiktlig förhandsbedömning används som sådan i beslutsfattandet och för utredning av om det behövs en grundligare förhandsbedömning. En grundlig förhandsbedömning förutsätter en noggrann plan och resurser.

Tillgänglighet är en bred helhet som innebär att alla finländare obehindrat kan delta i vardagssysslor, fritidsverksamhet, kulturverksamhet och studier. Det innebär att tjänsterna är tillgängliga, hjälpmedlen användbara, informationen lätt att ta till sig och att det är möjligt att delta i beslut som rör en själv. En tillgänglig fysisk miljö innebär att man bygger på ett sätt som är funktionellt, tryggt och tilltalande för alla. Det ska vara lätt att nå alla rum och våningar. Dessutom ska lokalerna och funktionerna i dem vara så funktionella och logiska som möjligt.

Gerontologi är en vetenskapsgren som undersöker åldrandet och de äldre. Den undersöker förändringar till följd av åldrandet: vilka olika faktorer som styr dessa förändringar och hur man kan påverka dem. Gerontologin undersöker vilka konsekvenser åldrandet har för individen, den sociala gemenskapen och samhället. Gerontologi omfattar bland annat geriatri, gerontologisk vård och vårdvetenskap, socialgerontologi, kulturgerontologi, psykogerontologi och miljögerontologi.

Geriatri är ett kliniskt specialområde inom läkarvetenskapen som på ett tvärvetenskapligt plan utnyttjar både de gerontologiska forskningsrönen och kunskapen inom olika kliniska specialområden i vården av sjuka äldre.

Gerontologisk vård är ett specialområde inom vårdarbetet i vilket värderingarna, kunskapen och metoderna i vårdarbetet förenas med gerontologisk kunskap. Syftet med det gerontologiska vårdarbetet är att främja och upprätthålla äldre klienters, familjers och närståendes

hälsa och funktionsförmåga, att hjälpa och stödja i de förändringar och förluster som följer på åldrandet, att förebygga sjukdomar och ge vård och behandling som botar och lindrar (palliativ) samt främjar rehabilitering.

Gerontologiskt socialt arbete, dvs. socialt arbete för äldre är ett specialområde inom det sociala arbetet som syftar till att stärka de äldres funktionsförmåga, välfärd, livsmiljö, sociala förhållanden och en fungerande social gemenskap. Det gerontologiska sociala arbetet består av arbete som stödjer livsbalans och självbestämmande. Det hjälper klienten att få nödvändiga tjänster och stödåtgärder inom det sociala arbetet och svarar för beredningen och genomförandet av dessa.

Geroteknologi är teknik som planerats för äldre människor. I planeringen kombineras gerontologisk och teknisk kunskap.

Personaldimensionering avser ett kalkylerat relationstal mellan personalen och de vårdbehövande klienterna eller patienterna. Exempelvis om det vid en enhet arbetar 20 vårdanställda och klienterna är totalt 40, är det kalkylerade relationstalet mellan personalen och klienterna 20/40, dvs. 0,5.

Äldrepolitik innebär olika samhälleliga och välfärdspolitiska mål, strategier, verksamhetssystem och åtgärder samt lagar genom vilka de äldres förutsättningar för en självständig livsföring både upprätthålls och förbättras. Äldrepolitiken ingår i en ålderspolitik som omfattar hela livscykeln och som styr utvecklingen av de olika samhällspolitiska sektorerna i enlighet med utvecklingen av befolkningens åldersstruktur, dvs. enligt den i snitt allt äldre befolkningens behov.

Tredje och fjärde åldern; tredje åldern är den tid då man lämnat arbetslivet men ännu inte är beroende av andras hjälp. Tredje åldern präglas av självständighet och frihet att förverkliga individuella mål. Typiskt för den fjärde åldern är bräcklighet och ett behov att i allt högre grad få hjälp och stöd av andra för att klara det dagliga livet när hälsan försämras och ålderskrämpor försämrar funktionsförmågan.

Kvalitet innebär kapacitet att systematiskt, effektivt, kostnadseffektivt och i enlighet med lagstiftningen svara på de servicebehov som bedömts vara ändamålsenliga för klienterna. I en kvalitetsutvärdering kan objekten indelas i struktur- och processfaktorer och i slutresultat. De strukturella faktorerna skapar förutsättningar för verksamheten. Till dessa hör exempelvis

personalstyrka och personalstruktur, lednings- och arbetsfördelningspraxis och vårdmiljöer, och överlag faktorer som skapar förutsättningar för fungerande processer och därigenom verkningsfulla resultat. Processfaktorerna omfattar hela verksamhetsprocessen, från det att klienten börjar omfattas av tjänster tills tjänsterna har slutförts för klientens del. Processen utvärderas genom att vikt fästs vid verksamheten: är verksamheten av sådant slag att den garanterar en verkningsfull vård och service av hög kvalitet för klienterna? Utvärderingen av slutresultaten visar om målen uppnåtts: uppnåddes de förändringar i klientens tillstånd eller beteende som eftersträvades?

Servicehandledning är en kundorienterad arbetsform som betonar klientens intressen. Den avser både en metod inom klientarbetet (case management) och samordning av tjänsterna på organisationsnivå (service coordination). Servicehandledning är en arbetsmetod där tjänsterna samlas för att stödja klienten och där nackdelarna med ett splittrat servicesystem minskas. Syftet med servicehandledningen är att identifiera klientens individuella behov och att tillhandahålla de tjänster och det stöd som klienten behöver. I en individuell servicehandledning är det viktigt att klienten får råd och att ärendena samordnas och sköts. Detta är nära kopplat till individuell bedömning av servicebehovet samt planering och resurser.

Kvantitativa mål för servicestrukturen (se s. 30)

Servicestruktur avser alla de vård- och omsorgstjänster som kommunen eller samarbetsområdet tillhandahåller. I denna rekommendation granskas särskilt de tjänster som äldre personer anlitar regelbundet.

Hemmaboende är personer som varken är intagna på sjukhusens eller hälsocentralernas långvårdsavdelningar eller vårdas på äldreomsorgshem, i effektiviserat serviceboende för äldre, på handikappinstitutioner eller i assisterat boende för handikappade.

Regelbunden hemvård får de klienter som omfattas av hemservice och/eller hemsjukvård och som på registreringsdagen (30.11) har en gällande service- och vårdplan eller som annars (utan serviceplan) regelbundet får service minst en gång i veckan. Till klienterna räknas ändå inte personer som är i institutionsvård eller som omfattas av boendeservice på registreringsdagen, även om de har en gällande service- och vårdplan.

Stöd för närståendevård avser vårdarvode och service som beviljas för trygghet av vård och omsorg för äldre, handikappade eller sjuka i hemförhållanden och de vårdtjänster som anges i vård- och

serviceplanen för de vårdbehövande. Kommunen och vårdaren ingår ett avtal om stöd för närståendevård. Till klienter som omfattas av stödet för närståendevård räknas de som vårdats med hjälp av stödet under året.

Serviceboende har ingen officiell definition. I de statistiska definitionerna för social-, hälso- och sjukvården betonas att serviceboende alltid omfattar både boende (hyresavtal) och nära anslutna vård- och omsorgstjänster. En del av enheterna är servicehus, där klienterna har egna lägenheter och en del är exempelvis grupphem för dementa. Serviceboendet indelas i så kallat vanligt och effektiverat serviceboende.

Vanligt serviceboende; i vanligt serviceboende för äldre är personalen på plats bara under dagen.

Effektiverat serviceboende omfattar enheter för äldre där personalen är på plats dygnet runt. Dessa skiljer sig från ålderdomshemmen bland annat genom att FPA har godkänt dem som öppenvårdsenheter och genom att klienten betalar separat för boendet och för tjänsterna. Till personer i effektiverat serviceboende räknas de som är klienter på registreringsdagen (31.12).

Institutionsvård omfattar alla klienter som fyllt 75 år och vårdats på ålderdomshem och alla klienter som fyllt 75 år och vårdats på hälsocentralernas långvårdavdelningar på registreringsdagen (31.12).

Vård på ålderdomshem är institutionsvård för äldre inom socialvården.

Långtidsvård på hälsocentraler; till hälsocentralernas institutionsvård räknas vård på avdelningar som leds av allmänläkare. Utöver de kommunala hälsocentralerna inkluderas också en del andra kommunala eller privata serviceproducenter som ansvarar för hälsocentralsverksamheten inom ett visst område. Vården är långvarig då klienten fått ett beslut om långtidsvård eller då klienten fått vård under mer än 90 dygn.

Samarbetsområde är en regional organisation som bildats för att stärka kommunernas samarbete. Administrativt kan samarbetsområdet antingen vara en samkommun eller ett organ som är gemensamt för kommunerna i regionen, och då sköter en kommun uppgifterna för alla kommuner inom samarbetsområdet.

KALKYLERAT EXEMPEL PÅ KOSTNADS-EFFEKTERNA AV TÄCKNINGSGRADEN FÖR VISSA TJÄNSTER 2006–2012

I tabellen på följande sida finns ett kalkylerat exempel på hur ökningen av antalet äldre och tjänsternas täckningsgrad påverkar produktionskostnaderna för vissa tjänster från 2006 till 2012.

Om täckningsgraden för den regelbundna hemvården, stödet för närstående vård, det effektiverade serviceboendet och institutionsvården för personer som fyllt 75 år kvarstår på samma nivå som år 2006, ökar bruttokostnaderna med 318 miljoner euro. Ökningen förklaras då med att antalet äldre invånare ökar.

Målsättningen i kvalitetsrekommendationen är att år 2012 ska tjänsternas nationella täckningsgrad bland invånare som fyllt 75 år ha höjts till 13–14 procent inom den regelbundna hemvården och till 5–6 procent inom såväl det effektiverade serviceboendet som stödet för närstående vård. Samtidigt ska långtidsvården på ålderdomshem och hälsocentralsjukhus minskas så att den bara omfattar 3 procent av dem som fyllt 75 år. Om täckningsgraden för den regelbundna hemvården, stödet för närstående vård och effektiverat serviceboende höjs enligt det lägre alternativet (13 %, 5 %, respektive 5 % av dem som fyllt 75 år) och institutionsvårdens täckningsgrad sänks till 3 procent, minskar bruttokostnaderna för tjänsterna med 49 miljoner euro. Om tjänsternas täckningsgrad höjs enligt det högre alternativet (14 %, 6 %, respektive 6 % av dem som fyllt 75 år) och institutionsvårdens täckningsgrad sänks till 3 procent, ökar bruttokostnaderna för tjänsterna med 199 miljoner euro från 2006 till 2012.

Kalkylerat exempel på kostnadseffekterna av täckningsgraden för vissa tjänster (enligt priserna år 2006)

Täckningsgraden hålls på samma nivå som år 2006				
	Antalet klienter		Ändring i klientantalet	Kostnadsförändring, mn euro
Täckningsgrad (% av invånare som fyllt 75)	2006	2012	2006–2012	2006–2012
Regelbunden hemvård 11,5 *	45 037	51 839	6 802	113,1
Stöd för närståendevård 3,7	14 870	16 679	1 809	8,5
Effektiverat serviceboende 3,9	15 676	17 580	1 904	63,9
Långvarig institutionsvård 6,5	26 190	29 300	3 110	132,8
Totalt	101 773	115 398	13 625	318,4
Större täckningsgrad: det lägre alternativet				
Regelbunden hemvård 11,5* =>13,0	45 037	58 601	13 564	225,6
Stöd för närståendevård 3,7 =>5,0	14 870	22 539	7 669	36,1
Effektiverat serviceboende 3,9 =>5,0	15 676	22 539	6 863	230,5
Långvarig institutionsvård 6,5 =>3,0	26 190	13 523	-12 667	-540,9
Totalt	101 773	117 202	15 429	-48,8
Större täckningsgrad: det högre alternativet				
Regelbunden hemvård 11,5* =>14,0	45 037	63 109	18 072	300,6
Stöd för närståendevård 3,7 =>6,0	14 870	27 047	12 177	57,4
Effektiverat serviceboende 3,9 =>6,0	15 676	27 047	11 371	381,8
Långvarig institutionsvård 6,5 =>3,0	26 190	13 523	-12 667	-540,9
Totalt	101 773	130 726	28 953	198,8

* Uppgifterna om den regelbundna hemvården är från 2005.

Kostnader per enhet (brutto) och övriga antaganden i kalkylen:

- Hemvårdsbesök i snitt 42 euro/besök, i snitt 33 besök per månad och klient.
- Arvode för stöd för närståendevård i snitt 4 711 euro per år och klient.
- Effektiverat serviceboende i snitt 92 euro/dygn
- Långvarig institutionsvård på ålderdomshem eller på långvårdsavdelning vid hälsocentral i snitt 117 euro/dygn, under förutsättning att 36 % av vård dygnen är vård på långvårdsavdelning och 64 % vård på ålderdomshem.

Källor:

Hujanen T., Kapiainen S. & Tuominen U. 2008. Terveysthuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. Työpapereita 3/2008. Stakes.

Statistisk årsbok för social- och hälsovården 2007. SVT Sosiaaliturva. Stakes.

Statistikcentralens befolkningsprognos 2007

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER
ISSN 1236-2050

- 2008: 1 Urpo Kiiskinen, Tuulikki Vehko, Kristiina Matikainen, Sanna Natunen, Arpo Aromaa. Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus.
ISBN 978-952-00-2503-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2504-5 (PDF)
- 2 Utarbetande av en datasäkerhetsplan. Handbok för verksamhetsenheter inom social- och hälsovården. (Endast på webben).
ISBN 978-952-00-2507-6 (PDF)
- 3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.
ISBN 978-952-00-2525-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2526-7 (PDF)
- 4 Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre.
ISBN 978-952-00-2527-4 (inh.)
ISBN 978-952-00-2528-1 (PDF)